




3 1761 11971875 7



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119718757>



152

First Session
Thirty-eighth Parliament, 2004

Première session de la
trente-huitième législature, 2004

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président :
L'honorable MICHAEL KIRBY

Tuesday, November 23, 2004

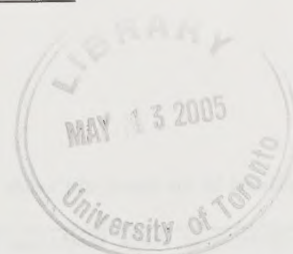
Le mardi 23 novembre 2004

**Issue No. 4
Volume 3 of 4**

**Fascicule n° 4
Volume 3 de 4**

FOURTH REPORT OF THE COMMITTEE
*Mental Health Policies and Programs
in Selected Countries
(Report 2)*

QUATRIÈME RAPPORT DU COMITÉ
*Politiques et programmes de certains pays
en matière de santé mentale
(Rapport 2)*



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C.	Gill
(or Rompkey, P.C.)	Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(or Stratton)
Cordy	Morin
Fairbairn, P.C.	Pépin

*Ex officio members

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Michael Kirby

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P.	Gill
(ou Rompkey, C.P.)	Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(ou Stratton)
Cordy	Morin
Fairbairn, C.P.	Pépin

* Membres d'office

(Quorum 4)

REPORT OF THE COMMITTEE

Tuesday, November 23, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to table its

FOURTH REPORT

Your Committee, which was authorized by the Senate on Thursday, October 7, 2004 to examine and report on issues concerning mental health and mental illness, now tables its second interim report entitled *Mental Health Policies and Programs in Selected Countries*.

Respectfully submitted,

Le président,

MICHAEL KIRBY

Chair

RAPPORT DU COMITÉ

Le mardi 23 novembre 2004

Le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de déposer son

QUATRIÈME RAPPORT

Votre Comité, qui a été autorisé par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004 à examiner, pour en faire rapport, la santé mentale et la maladie mentale; dépose maintenant son deuxième rapport provisoire intitulé *Politiques et programmes de certains pays en matière de santé mentale*.

Respectueusement soumis,

SENATE



SÉNAT

REPORT 2

Mental Health Policies and Programs in Selected Countries

Interim Report of
The Standing Senate Committee On Social Affairs, Science And Technology

The Honourable Michael J.L. Kirby, *Chair*
The Honourable Wilbert Joseph Keon, *Deputy Chair*

November 2004

TABLE OF CONTENTS

TABLE OF CONTENTS	i
ORDER OF REFERENCE.....	iv
SENATORS v	
INTRODUCTION: INTERNATIONAL COMPARISONS	1
CHAPTER 1: MENTAL HEALTH CARE IN AUSTRALIA	3
1.1 HISTORY AND OVERVIEW	3
1.1.1 General Health Care Provision in Australia	3
1.1.2 The National Mental Health Strategy	5
1.1.2.1 <i>Assessment of the National Mental Health Strategy</i>	7
1.2 COSTS AND FUNDING OF MENTAL HEALTH SERVICES	7
1.3 SERVICE DELIVERY AND ORGANIZATION.....	10
1.3.1 Accommodation in the Community, Ambulatory Care and NGOs	11
1.3.2 Human Resources	12
1.3.3 Private Sector Mental Health Services	14
1.3.4 Mental Health Service Provision to Indigenous Peoples	15
1.4 ADDICTIONS AND SUBSTANCE ABUSE	16
1.5 PROMOTION AND PREVENTION	17
1.5.1 Suicide Prevention.....	18
1.6 PROSPECTS FOR FUTURE REFORM.....	18
1.7 COMMITTEE COMMENTARY	19
CHAPTER 2: MENTAL HEALTH CARE IN NEW ZEALAND	21
2.1 HISTORY AND OVERVIEW	21
2.1.1 Mental Health Strategy	22
2.2 COSTS AND FUNDING OF MENTAL HEALTH SERVICES	25
2.3 SERVICE DELIVERY AND ORGANIZATION.....	27
2.3.1 Services to Maori.....	28
2.3.2 Human Resources	30
2.4 PROMOTION AND PREVENTION	32
2.4.1 Project to Counter Stigma and Discrimination Associated with Mental Illness	33
2.5 PROSPECTS FOR FUTURE REFORM.....	34
2.6 COMMITTEE COMMENTARY	35

CHAPTER 3: MENTAL HEALTH CARE IN ENGLAND	37
3.1 HISTORY AND OVERVIEW	37
3.1.1 Mental Health	39
3.2 COSTS AND FUNDING OF MENTAL HEALTH SERVICES	43
3.3 SERVICE DELIVERY AND ORGANIZATION	45
3.3.1 Human Resources	47
3.3.2 Services to Minorities	48
3.4 PROMOTION AND PREVENTION	48
3.4.1 Countering Stigma and Discrimination	48
3.4.2 Suicide Prevention	50
3.5 PROSPECTS FOR FUTURE REFORM	52
3.6 COMMITTEE COMMENTARY	53
CHAPTER 4: MENTAL HEALTH CARE IN THE UNITED STATES	55
4.1 HISTORY AND OVERVIEW	55
4.1.1 Mental Health	55
4.2 COSTS AND FUNDING OF MENTAL HEALTH SERVICES	58
4.2.1 The Costs of Mental Illness in the United States	58
4.2.2 Publicly Funded Mental Health Insurance	59
4.2.3 Private Mental Health Insurance	60
4.2.3.1 <i>Basic Elements Of Private Mental Health Insurance Coverage</i>	60
4.2.3.2 <i>Organization Of Private Mental Health Coverage</i>	61
4.3 SERVICE DELIVERY AND ORGANIZATION	62
4.3.1 General/Primary Care	64
4.3.2 Specialty Care	64
4.3.3 Human Services	64
4.3.3.1 <i>Employment</i>	64
4.3.3.2 <i>Housing</i>	65
4.3.3.3 <i>Services For Incarcerated People</i>	66
4.3.3.4 <i>Access To Services In Rural Areas</i>	66
4.3.3.5 <i>Services To Minorities</i>	67
4.3.3.6 <i>Services For Children</i>	67
4.4 PROMOTION AND PREVENTION	68
4.4.1 National Strategy for Suicide Prevention	68
4.5 PROSPECTS FOR FUTURE REFORM	70
4.6 COMMITTEE COMMENTARY	74
CHAPTER 5: COMPARING MENTAL HEALTH CARE IN THE FOUR COUNTRIES STUDIED	77
5.1 INTRODUCTION	77
5.2 HISTORY AND OVERVIEW	77
5.3 COSTS AND FUNDING OF MENTAL HEALTH SERVICES	78

5.4	SERVICE DELIVERY AND ORGANIZATION.....	80
5.5	PROMOTION AND PREVENTION	81
5.6	PROSPECTS FOR FUTURE REFORM.....	82
5.7	COMMITTEE COMMENTARY	83
APPENDIX A: LIST OF WITNESSES IN THIRD SESSION OF THE 37 TH PARLIAMENT (February 2, 2004 – May 23, 2004)		I
 APPENDIX B: LIST OF WITNESSES IN THE SECOND SESSION OF THE 37 TH PARLIAMENT (September 30, 2002 – November 12, 2003)		VII
 APPENDIX C: LIST OF INDIVIDUALS WHO RESPONDED TO A LETTER FROM THE COMMITTEE ON PRIORITIES FOR ACTION ...		XI

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* for Thursday, October 7, 2004:

The Honourable Senator Kirby moved, seconded by the Honourable Losier-Cool:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the Committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

That the papers and evidence received and taken by the Committee on the study of mental health and mental illness in Canada in the Thirty-seventh Parliament be referred to the Committee; and

That the Committee submit its final report no later than December 16, 2005 and that the Committee retain all powers necessary to publicize the findings of the Committee until March 31, 2006.

The question being put on the motion, it was adopted.

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

The following Senators have participated in the study on the state of the health care system of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology:

The Honourable Michael J. L. Kirby, Chair of the Committee

The Honourable Wilbert Joseph Keon, Deputy Chair of the Committee

The Honourable Senators:

Catherine S. Callbeck

Ethel M. Cochrane

Joan Cook

Jane Mary Cordy

Joyce Fairbairn, P.C.

Aurélien Gill

Janis G. Johnson

Marjory LeBreton

Viola Léger

Yves Morin

Lucie Pépin

Brenda Robertson (retired)

Douglas Roche (retired)

Eileen Rossiter (retired)

Marilyn Trenholme Counsell

Ex-officio members of the Committee:

The Honourable Senators: Jack Austin P.C. or (William Rompkey) and Noël A. Kinsella or (Terrance Stratton)

Other Senators who have participated from time to time on this study:

The Honourable Senators Di Nino, Forrestall, Kinsella, Lynch-Staunton, Milne and Murray.

MENTAL HEALTH, MENTAL POLICIES AND PROGRAMS IN SELECTED COUNTRIES

INTRODUCTION: INTERNATIONAL COMPARISONS

This document is the second in a series of four reports by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology as part of its study on mental health, mental illness and addiction. The first report, entitled *Mental Health, Mental Illness and Addiction: Overview of Policies and Programs in Canada*, presents an overview of mental illness and addiction policies and services in Canada. This second report draws some lessons for mental health reform in Canada from descriptions of the mental health policies and programs in four selected countries. Together, the first and second reports provide background material that was used in the preparation of *Mental Health, Mental Illness and Addiction: Issues and Options in Canada*, the Committee's third report. The third report outlines the major issues facing the provision of mental health services and addiction treatment in Canada and presents potential policy options to address some of these issues. In the fourth and last report, which will be released in November 2005, the Committee will detail its recommendations for reform.

In the course of its two-year study of the acute care sector in Canada, the Committee recognized the importance in the health policy field of looking beyond the borders of one's own country. In fact, it devoted an entire volume of its six-volume study of Medicare to examining the experience of a variety of countries in order to glean lessons that could be applied in the Canadian context. Given Canada's relative backwardness in developing a national strategy to foster mental health and treat mental illness, it was evident to the Committee that international comparisons could provide a valuable reference point and a source of policy inspiration for the Committee's current investigation.

Due to each country's unique circumstances, there are important limits to the comparability of experience from one country to another. The complexity of health care systems, both in terms of funding arrangements and service delivery mechanisms, as well as their inextricable connections to the history, politics and culture of each nation, mean that it is never possible simply to transpose measures from one jurisdiction to another. The common nature of many of the issues confronting health care policy makers and practitioners throughout the industrialized world means, however, that there is much that can be gained from careful study of both the successes and failures elsewhere in the world.

Moreover, a comparative framework can be extremely useful in highlighting common dilemmas and challenges. It can help suggest questions for further study, point to issues that need to be discussed and offer policy options for action. In this spirit, this volume of the Committee's report is structured around four country studies (Australia, New Zealand,

England and the United States), followed by a chapter that synthesizes some of the key lessons for Canada.

Each of the country studies covers the same basic topics, although the specific details that are examined necessarily vary according to the particular experience of each country and depending on the documentation that was available. The Committee was greatly assisted by the testimony by videoconference of leading experts and policy makers from each of the countries it examined, and wishes to thank them for their help. In conducting this comparison, the Committee did not have the resources to do extensive field research and therefore relied on material that was readily available on the Internet or from the collections of the Library of Parliament.

With regard to substance abuse and addiction, testimony that was heard is referred to wherever possible. However, the Committee recognizes that it would require considerably more research into the policies and programs of each country before it could undertake a meaningful international comparison on this subject.

As best we could tell, there is no existing international comparison of mental health policy and practice available that takes into account the most recent developments in the countries that are studied as the Committee does in the chapters that follow. This part of the Committee's report may therefore also be of help to policy makers elsewhere who are examining the state of their mental health system. The Committee was guided in its choice of countries by recommendations from experts and practitioners, as well as by the need to select countries whose health care systems were broadly comparable to Canada's. The fact that two of the countries have federal systems (Australia and the United States) while two do not (New Zealand and the United Kingdom) provides an additional element of comparison.

CHAPTER 1: MENTAL HEALTH CARE IN AUSTRALIA¹

1.1 HISTORY AND OVERVIEW

1.1.1 General Health Care Provision in Australia

Like Canada, Australia has a federal system of government and health care is a shared responsibility between the national (or Commonwealth) government and sub-national governments (six States and two Territories). However, in Australia the Commonwealth government has a stronger role in health care than is the case in Canada. In particular, States and Territories in Australia are more dependent on the Commonwealth government for health care funding than are provincial governments in Canada. As in Canada, local governments (municipalities) in Australia play a relatively small role in health care.

The Commonwealth government is responsible for public policy making at the national level in the fields of public health, research and national health information management. It operates “Medicare”, the national, publicly-funded health care insurance plan and regulates the private health care insurance industry. It also finances and regulates residential aged care (nursing homes) and, jointly with States and Territories, it funds and administers some community-based care and home care. Commonwealth funding for health care is derived from general taxation plus a dedicated health care levy of 1.5% on taxable income.

The State and Territory governments have primary responsibility for the management and delivery of publicly insured health services within their jurisdiction. They deliver public acute and psychiatric hospital services and a wide range of community and public health services including school health, dental care, maternal and child health. State and Territory governments are also responsible for the regulation of health care providers as well as for the licensing and approval of private hospitals. Health care funding by States and Territories is derived mostly from grants from the Commonwealth government, as well as from general taxation and user charges.

Medicare in Australia provides universal coverage to all citizens. Public health care insurance is broader in Australia than in Canada as it covers physicians, hospitals, prescription drugs and some community-based care and home care. In contrast to Canada, however, user

¹ Unless otherwise indicated, the information in this chapter is drawn from the following: Commonwealth Department of Health and Ageing (2002) National Mental Health Report 2002: Seventh Report. Changes in Australia’s Mental Health Services under the First Two Years of the Second National Mental Health Plan 1998-2000; Australian Health Ministers, National Mental Health Plan 2003–2008; Thornicroft, G. and V. Betts 2002, International Mid-Term Review of the Second National Mental Health Plan for Australia; Whiteford, Harvey, Ian Thompson and Dermot Casey, “The Australian Mental Health System,” *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 23, No. 3-4, 2000; Whiteford, Harvey, Bill Buckingham and Ronald Manderscheid, “Australia’s National Mental Health Strategy,” *British Journal of Psychiatry* (2002) 180; Groom, Grace, Ian Hickie and Tracey Davenport ‘Out of Hospital, Out of Mind!’ April 2003; SANE Mental Health Report 2002-03, SANE Australia; The Mental Health Council of Australia, Promoting the mental health of all Australians, a 2001 Federal Election Submission.

charges may be required for publicly insured health services and extra-billing by doctors above the scheduled fee is permitted. More specifically, Australian Medicare is made of three main components:

- The Medical Benefits Scheme (MBS) ensures access to physician services (outside of hospitals). The MBS lists a wide range of physician services and stipulates the fee applicable to each item (the “scheduled fee”), but only reimburses 85% of the doctors’ scheduled fee. However, physicians are permitted to charge above the “scheduled fee.”
- The Australian Health Care Arrangements (AHCAs) provide the basis for funding by the Commonwealth government to the States and Territories for hospital services. Funding by the Commonwealth government takes the form of annual block grants whose amounts are negotiated in five-year agreements with the States and Territories, who in return agree not to allow user charges for public hospital services.
- The Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), which is based on a national drug formulary, subsidises access to drugs prescribed outside of public hospital, with consumers making a co-payment on each prescription, subject to annual thresholds, which once reached lead to further reductions in the amount each individual pays.

As in Canada, some 70% of health care spending is financed by the public sector (46% by the Commonwealth government and 24% by State and Territory governments) and 30% by the private sector. The Commonwealth government is empowered under the constitution to collect income taxes and finances a greater proportion of Australian health care than does the federal government in Canada. It is the primary public insurer of prescription drugs and physician services and funds some 50% of hospital expenditures.

The states, and to a minor extent local governments, are responsible for the bulk of outlays. About 25% of State and Territory government budgets are allocated to health care and about 69% of those funds go to public hospitals. State government funding for health care comes from two main sources: first, Commonwealth general revenue and specific purpose grants, and second, the state general revenue base. The Commonwealth funds the states through block grants for health, which increasingly are tied to certain conditions, and through untied GST (Goods and Services Tax) payments.

In contrast to Canada, private health care insurance in Australia both complements and competes with Medicare. Private insurers may cover the same benefits as under the public plan and Australians can supplement their Medicare benefits through private health care insurance, but they cannot opt out of the publicly-funded system since they continue to pay their taxes. Private health insurance in Australia is fully community rated, meaning that there is no premium discrimination against people by virtue of age, sex, state of health or potential health risk.

On the delivery side, there are a small number of private for-profit hospitals built and managed by private firms providing public hospital services under arrangements with State/Territory governments. However, most acute care beds and emergency outpatient

clinics are in public hospitals. Private hospitals tend to provide less complex non-emergency care, such as simple elective surgery.

As Mr. Dermot Casey, Assistant Secretary, Health and Priorities and Suicide Prevention, for the Department of Health and Ageing, Government of Australia, told the Committee during his testimony by videoconference:

We think the private sector is an integral part of our health care system. The government's policy is such that people have choices in terms of where they receive their health care. [...] We are trying to encourage all states and territories to have private facilities available because the government's policy is one system, multiple choice.

1.1.2 The National Mental Health Strategy

The mental health of the Australian community has been a priority of Australian Commonwealth, State and Territory governments since 1992. Australia has benefited from a consistent political bipartisan approach to mental health reform during this time that has enabled it to set international benchmarks with regard to the design and implementation of national goals with respect to mental health and mental illness.

The National Mental Health Policy was adopted by all Australian states, territories and the Federal government in April 1992. The Policy, implemented through a series of 5-year National Mental Health Plans, became known as the National Mental Health Strategy.

This Strategy represented the first attempt to coordinate nationally the development of public mental health services. As in other Western nations, rapid reduction in psychiatric beds within Australia's public mental health system began during the mid 1960s. As elsewhere, the move to 'deinstitutionalization' in Australia was driven by a combination of new drug treatments, clinical practice developments and the emergence of the human rights movement that advocated the abolition of systems that isolated people with disabilities from the mainstream community.

Estimates suggest that Australia reached a peak of approximately 30,000 psychiatric beds in the early 1960s, a time when the population was about half of its current size.² During this period the isolation and custody of people with mental illnesses dominated the treatment culture and many beds were located in rural asylums, far from families and social networks. Overcrowding in these facilities was widespread, with wards built to cater for 25 people often housing up to 100 patients. However, the reduction in size of hospitals that began in the 1960s occurred in a policy environment that did not provide safeguards to ensure that alternative community services were developed to replace the functions of the shrinking institutions.

The National Mental Health Strategy was conceived in part to respond to this legacy created by extensive bed reductions and attempted to set a coherent direction that would guide future reform. The Strategy was agreed to by all Australian Health Ministers in 1992 and

² As of July 2004, the population of Australia was estimated to be 19,913,000.

established a collaborative framework between all levels of government to pursue 12 agreed priority areas over a five-year period under the First National Mental Health Plan (1993–1998), including the following:

- Expanding the proportion of acute psychiatric inpatient care provided in general hospitals rather than separate psychiatric hospitals;
- Including integrated mental health services within the mainstream organizational arrangements for general health services;
- Ensuring that each State, Territory and area/region had a plan for the mix of services available to its population;
- Reducing the size of, or closing, existing psychiatric hospitals and at the same time providing sufficient alternative acute hospital, accommodation and community based services;
- Increasing the number and range of community based supported accommodation services and ensuring an adequate range of services to meet consumer needs.

Another impetus for the introduction of the National Mental Health Plan was pressure exerted on the Commonwealth Government by the State and Territories, as Mr. Casey explained to the Committee:

It was interesting that the drive for change in Australia really came from the states and territories lobbying the federal government to take a role and become involved in mental health care. [...] The argument was put that the federal government is incurring large levels of expenses but has no control upstream in terms of improving our response to mental health. That was in the late 1980s and early 1990s.

The first plan was followed by The Second National Mental Health Plan, endorsed by all Australian Health Ministers in July 1998. It provided a second five-year (1998–2003) framework for activity at the national and State and Territory levels, building upon the achievements of the National Mental Health Policy and the First National Mental Health Plan. The essence of the Second Plan was to consolidate existing reforms and extend into additional areas of reform with a strong emphasis on population health issues and interventions.

Three additional priority themes emerged from the Second Plan:

- promotion and prevention;
- partnerships in service reform and delivery; and
- quality and effectiveness.

A third plan has recently been adopted. Its provisions will be outlined in the penultimate section of this chapter.

1.1.2.1 Assessment of the National Mental Health Strategy

An assessment conducted by international experts mid-way through the second plan concluded that the National Mental Health Strategy and its First and Second National Mental Health Plans reflected “exemplary mental health policy leadership that have produced significant achievements in mental health at all levels throughout Australia.” Among the chief accomplishments highlighted by the international consultants were “the integration of mental health assessments and interventions in mainstream health delivery and the authentic inclusion of consumers and carers in mental health policy development at every level.”

According to the international review, Australia, in many ways, “leads the world in mental health promotion, mental illness prevention, early intervention initiatives, and stigma reduction,” setting “a standard for other nations in what can and should be done as a national policy initiative” and demonstrating how federal and state governments can agree through policy documents to address difficult social and health concerns. The international review suggested that “no other nation on earth has taken the time to focus its intellectual and political capital to develop such an extensive, measurable plan” and that “the Australian National Mental Health Strategy and the First and Second National Mental Health Plans are international exemplars for mental health policy,” having captured the attention and imagination of the world.

Nonetheless, according to the Mental Health Council of Australia, the leading non-governmental advocacy group in mental health in Australia, in 1997 only 38% of people suffering from a mental disorder accessed mental health services. The Council notes that, despite the positive developments associated with the Mental Health Strategy, there remains widespread dissatisfaction with many aspects of mental health services in Australia.

1.2 COSTS AND FUNDING OF MENTAL HEALTH SERVICES

In 1999-2000, total spending on mental health services³ by third party funders (Commonwealth and State/Territory governments as well as private insurers) was A\$2.6 billion,⁴ which represented approximately 6.6% of total gross recurrent expenditure on health services. Of this amount, the States/Territories spent A\$1.6 billion or 60.8% of the

³ Estimates of spending given here are drawn from the *National Mental Health Report (2002)* and only cover the provision of ‘specialized mental health services’. This excludes a wide range of services needed by people affected by mental illness, such as general hospital and medical services, housing, income security, employment and training and general community support programs. The report notes that international comparisons of Australia’s mental health spending as a share of total health expenditure are not reliable because different approaches are used in counting mental health expenditure. For example, some countries include amounts that are specifically excluded in Australian estimates such as drug and alcohol services, intellectual disability services, dementia care or housing and income security payments for mental health consumers.

⁴ As of 9 August 2004, the Australian dollar was worth just over 94 cents Canadian.

total, the Commonwealth government A\$884M or 34.5% of the total, and private health funds A\$120M, or 4.7% of the total.

Total recurrent spending on mental health services by the major funding authorities has increased by 44% over the course of the National Mental Health Strategy (1993-2000) when measured in constant 2000 prices. Total expenditure on health services increased by 42% over the same period, meaning that mental health has increased its position in terms of relative spending, but not significantly.

While the percentage of total health spending devoted to mental health services and related activity has remained relatively stable over the course of the National Mental Health Strategy, significant growth in Commonwealth outlays increased its share of total national spending on mental health from 27% in 1992-93 to 35% in 1999-2000. The main driver of this increase, accounting for 68% of increased Commonwealth spending, was growth in the costs of psychiatric drugs provided through the Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS). Expenditure on psychiatric drugs has increased by 402% since 1992-93, nearly four times the rate of growth in overall PBS expenditure (105%) over the period.

The Australian Institute of Health and Welfare estimates that mental disorders accounted for approximately 30% of the non-fatal disease burden in 1996 and for 27% of years lost to disability. Lost productivity arising from mental health disorders is estimated to cost A\$5 billion per year. People with mental disorders in Australia have five times the average number of workdays lost per year compared to those with physical disorders, and they account for an estimated 70 million work and school days lost each year.

From the inception of the original National Mental Health Policy, an issue of concern was to ensure that savings that resulted from the planned downsizing of stand alone psychiatric hospitals would be redirected back to new service development. All levels of government made a commitment to some form of budget protection so that such savings plus the benefits of additional funds provided under the National Mental Health Strategy would not be negated by a concurrent reduction in State and Territory funding. Specifically, the agreement between governments to protect mental health resources had two components:

- a commitment to maintaining the level of expenditure on mental health services; and
- a commitment to reinvest any resources released from closure or rationalisation of services back into mental health programs.

In this regard, Mr. Casey told the Committee that efforts to protect mental health spending had been successful, to the point that they were no longer needed:

In fact, one of fears of the federal government 10 years ago was that if we were to give money for mental health, then the states and territories would simply take it and spend it somewhere else. We had an agreement with them that they would maintain their level of funding if the federal government added to the pie. We actually tracked the dollars and the states and territories had to report to a system of monitoring expenditure.

We do not need that system now, 10 years later, because governments, realizing how important this is at a jurisdictional level, would not use the money for something else because it has become such a political issue in the communities.

The impact of the changes brought about during the period following the adoption of the Mental Health Strategy was to reduce Australia's reliance on institutional care, to strengthen community care alternatives and begin to address the inadequacies of mental health service systems that had been identified in numerous inquiries over the preceding decade. Over the first five years of the Strategy:

- spending on community services grew by 87% in real terms;
- resources released from institutional downsizing were re-invested in alternative services and provided approximately half of the additional funds used to expand community services.

From 1998-2000 expenditure on separate psychiatric hospitals were reduced by a further 13% so that by 1999-2000, stand alone hospitals accounted for only 23% of total service expenditure (compared to 49% in 1992-93). Moreover, spending on community based services increased by an additional 16% during this period, taking the total increase in expenditure on these services, since the commencement of the Strategy, to 117%. Approximately three quarters of the growth since the commencement of the Strategy has been directed to ambulatory care services,⁵ so that by 1999-2000, 49% of total spending on mental health services was directed to community based services compared with 29% at the beginning of the Strategy.

The Seventh *National Mental Health Report* (2002) issued by the Commonwealth Department of Health and Ageing drew the following conclusions from its analysis of mental health spending trends since the commencement of the Strategy:

- The commitments made by all governments to protect mental health resources during a period of rapid change have been met. Total annual government expenditure on mental health has increased by 46% in real terms since 1992-93. Average annual growth in mental health expenditure has continued to increase under the Second National Mental Health Plan.
- Australia now spends \$778 million more of public funds on mental health services – or \$33 more per person per year – than it did at the commencement of the Strategy. Much of this increase has gone to expanding community services.
- Growth in mental health spending has simply mirrored overall health expenditure trends. Although significant in real terms, the implication is that mental health has maintained its 'share' of the total health dollar but not significantly increased its position.

⁵ Ambulatory care refers to all mental health services dedicated to the assessment, treatment, rehabilitation or care of non admitted inpatients.

- Commonwealth grants to States and Territories under the National Mental Health Strategy represent only 3% of annual State and Territory mental health spending but have acted as a stimulus in generating funding for new services and guiding the overall reform process. The collaborative foundation of the Strategy appears to have been successful in preventing the cost shifting that is the concern of many Commonwealth-State partnership initiatives.

Concerns have nonetheless been expressed by some that despite the success of the National Mental Health Strategy in increasing and redirecting expenditures on mental health services in Australia, there are still too few resources being devoted to the sector. For example, some mental health advocates claim that at 6.6% of total health spending, the level of spending on mental health in Australia remains below that of comparable countries, including New Zealand, the United Kingdom and Canada.

1.3 SERVICE DELIVERY AND ORGANIZATION

Services for people with mental illness in Australia are provided through a range of programs. In the public sector, the typical specialized mental health service delivery model involves services being provided for a defined catchment population, with the service integrated across hospital and community settings. Inpatient services are provided in general hospitals and in separate psychiatric hospitals. Community-based services comprise a range of service types, including clinic-based, mobile follow-up and treatment, and mobile crisis response services. Case management is often used to coordinate services provided in different settings. Housing, disability support, employment, and income security services are funded under other government programs. State and Territory governments continue to play the largest role in specialized mental health service delivery, as they are primarily responsible, either directly or indirectly, for the delivery and management of most services.

Substantial change in both the level and mix of inpatient services have occurred since the implementation of the National Mental Health Strategy. At the commencement of the Strategy in 1992:

- 73% of specialist psychiatric beds were located in stand alone institutions;
- only 29% of mental health resources were directed toward community based care;
- stand alone hospitals consumed half of the total mental health spending by States and Territories;
- and less than 2% of resources were allocated to non government programs aimed at supporting people in the community.

By June 2000, the total number of psychiatric beds available in the public sector had been reduced by 25% (1,991 bed reduction). When the Strategy began, only 55% of acute psychiatric beds were located in general hospitals. This had increased to 73% by the close of the First National Mental Health Plan in 1998. By June 2000, fully 80% of acute psychiatric beds were located in general hospitals as a result of the ongoing reduction in stand alone

acute services and a 13% increase (330 beds) in general hospital acute services. Over the life of the Strategy, the number of acute psychiatric beds located in general hospitals has increased by 51% or 990 beds.

The National Mental Health Strategy does not stipulate an optimum level or mix of inpatient services. Instead, the Strategy recognizes the different histories and circumstances of each jurisdiction and the need for plans to be based on an analysis of local population needs. The final balance of services may therefore differ substantially between the States and Territories. Early National Mental Health Reports noted a convergence between the States and Territories for an acute psychiatric bed provision level of around 20 beds per 100,000 population. Similar consensus on provision of non acute beds has not yet emerged.

1.3.1 Accommodation in the Community, Ambulatory Care and NGOs

The monitoring of community accommodation under the National Strategy has focused mainly on the extent to which each State and Territory has developed alternative community residential services staffed on a 24-hour basis. Units of this type, known variously as 'community care units', or 'psychiatric hostels', were proposed to replace the functions traditionally performed by long stay asylum beds located in psychiatric hospitals. By June 2000, a total of 1,382 24-hour staffed beds were available, a 68% increase above the June 1993 level.

At the national aggregate level, however, the growth in 24-hour staffed residential services (558 beds) is equivalent to only about a quarter of the reduction in long stay beds in psychiatric hospitals (2,285 beds). Development of community residential services has thus been patchy, with substantial variation between jurisdictions, and no consensus has emerged between the States and Territories on planning benchmarks for provision of specialized community residential services. Lack of development of such services by most jurisdictions has been identified as a significant issue in relation to the commitment by all States and Territories to develop a full range of community services to replace the historical functions of the stand alone psychiatric hospitals. In this regard, Mr. Casey told the Committee:

Yes, we have had some major reforms in relation to the service system. However, what we have not been able to do very well yet is to provide the employment responses, the housing responses and the social care models that ensure people who are living with a mental illness — and I think that is the term we use now, it is not something that will be cured, necessarily — are able to do so with the maximum social interaction and social participation that in itself will help to keep them stable and will help towards recovery. Medical treatment alone will not be an adequate response for people with mental health problems.

Ambulatory care services refer to all mental health services dedicated to the assessment, treatment, rehabilitation or care of non admitted inpatients. The category comprises outpatient clinics (hospital and clinic based), mobile assessment and treatment teams, day programs and other services dedicated to the assessment, treatment, rehabilitation and care of people affected by mental illness or psychiatric disability who live in the community. By

1999-2000, the size of the clinical workforce engaged in the delivery of ambulatory mental health care was 90% greater than the pre-Strategy baseline year, equivalent to approximately 3,000 additional workers.

The National Mental Health Strategy also envisaged that a key role would be played by not-for-profit non government organizations (NGOs) in providing support services to consumers and carers whose lives are affected by mental illness. A wide range of services is provided by the sector including home-based outreach to support people living in their own homes, residential rehabilitation units, recreational programs, self help and mutual support groups, carer respite services and system-wide advocacy.

The first National Mental Health Report described funding to non government organizations as limited, and the services needed to support the carers of people with mental disorders as poorly developed at the beginning of the Strategy. Moderate improvement in the funding base occurred over the 1993-98 period with the sector increasing its share of annual mental health expenditure from 2% to 5%. By 1999-2000 this figure had increased to 5.4%.

The role played by non government organizations varies across the jurisdictions, reflecting differences in the way in which services are organized and delivered. Increasingly, in some jurisdictions, services provided by NGO's substitute for those formerly provided by 'government sector' or clinical services. For example, the State of Victoria has expanded its not-for-profit non government sector as a key provider of psychosocial rehabilitation programs, many of which were previously confined to clinical services, as well as funding new types of psychiatric disability support services. National consensus on desirable service models for developing the sector has not emerged under the National Mental Health Strategy.

1.3.2 Human Resources

Australia's current mental health workforce predominantly consists of general practitioners, psychiatrists, mental health nurses, occupational therapists, psychologists, social workers and others. The clinical workforce employed in public sector mental health services is estimated to have increased by 15% over the course of the Strategy, equivalent to approximately 2,100 additional staff. Fifty percent of the growth occurred under the Second National Mental Health Plan.

Accompanying the growth in numbers have been changes in both the settings in which people are employed and the staffing mix. A greater proportion of clinical staff is now working outside of hospitals and providing treatment in a range of community settings. Similarly, clinical workers in 1999-2000 accounted for a higher percentage of the total workforce (79%) than at the beginning of the Strategy (estimated 70%). This change has occurred as services are mainstreamed and moved to a community based focus. Since the commencement of the Strategy:

- Total staffing in inpatient services have decreased by 14% and accounted for 53% of the total staff in 1999-2000 compared with 71% in 1992-93;

- Combined staffing in ambulatory care and residential services has grown by 87% and accounted for 47% of the service delivery workforce in 1999-2000 compared with 29% in 1992-93;
- Medical staff have increased by 27% and made up 11% of the clinical workforce in 1999-2000;
- Allied Health staff – Psychologists, Social Workers and Occupational Therapists and other categories of therapists – have increased by 55%, accounting for 21% of the total in 1999-2000; and
- Nursing staff numbers have increased by 7% and represented 65% of the total 1999-2000 clinical workforce.

At the same time, workforce shortages have been reported by all jurisdictions and are particularly critical in nursing, affecting both the quantity and quality of care. Reports indicate that retention rates are decreasing across all disciplines of the mental health workforce, and the number of new graduates may not be sufficient to meet the burden of mental illness.

Moreover, inequities continue between the States and Territories in the availability of mental health professionals employed in the public sector. In particular, jurisdictions with significant rural areas to service have experienced difficulty in recruiting sufficient numbers of skilled staff. There are few standards to guide States and Territories in planning their workforce requirements and many challenges remain. For example:

- In terms of the nursing workforce, the overall nursing complement appears to be too limited to fill even current posts. The future is even more daunting as nursing is an ageing work force without sufficient new recruits, while the current strategy of the States and Territories appears to be to poach from each other's limited personnel pools.
- The medical psychiatric workforce is poorly distributed and largely sited in the metropolitan areas (86.1% of psychiatrists were located in capital cities, 5.4% in major urban areas, 4.9% in large rural centres, and 3.5% in other rural and remote locations).
- Psychologists are, by international standards, relatively few within State and Territory mental health services, and too often work as generic case managers. Psychologists' expertise is often unnecessarily diluted by their work as case managers at a time when increasing evidence supports the effectiveness of cognitive behavioural interventions for depression, anxiety-related and psychotic disorders.

Mr. Casey indicated to the Committee that the Australian government had introduced measures designed to facilitate the delivery of care to people living with mental illness by primary care physicians. In particular, he described a program introduced by the federal government three years ago that rewards general practitioners financially for spending more time with people with mental health problems. He explained that this program,

...gives [general practitioners] access to referral to psychologists as an essential part of the mental health treatment team, and it also improves their education and training and provides them with emergency consultation services so that they do not feel they are left to deal with the problem alone if they engage with their patients' mental health problems. We have been told that if you are a GP and someone comes into your consulting room and you think they have a mental health problem, you keep quiet, because if you open the dialogue, you will still be there 20 or 30 minutes later, and of course, fee for service is the treatment model. We have encouraged them by saying that if it will take 20 minutes, we will pay them extra for taking the time. Currently, about 15 per cent of our GP workforce has enrolled in this program. We have about 3,500 GPs who are now enrolled in this program and recognize themselves as people who can offer slightly more and better mental health care. That is a new program.

1.3.3 Private Sector Mental Health Services

Strengthening the complementary roles of public and private sector mental health services emerged as a priority under the Second National Mental Health Plan. A range of mental health care services are provided by the private sector including services provided by psychiatrists in private practice funded through the Commonwealth Medicare Benefits Schedule, and hospital and community-based services provided by private hospitals, for which private health insurance funds pay benefits.

Private sector services also include limited services provided in general hospital settings and services provided by general practitioners and by other allied health professionals. Private psychiatric hospitals provide services predominantly by way of inpatient care. This reflects both the history of mental health services in Australia and the predominant way in which health insurance funds pay benefits for mental health care.

The private sector thus plays a key role in overall service delivery. By 1999-2000, the sector:

- provided 21% of total psychiatric beds (rising from 14% in 1992-93 as a result of a growth in the number of private beds combined with the reduction in the number available in the public sector);
- employed an estimated 12% of the national mental health workforce; and
- treated an estimated 50-60% of all people seen by the specialist mental health sector.

In this regard, Mr. Casey explained to the Committee that:

Our private sector is very complicated, but it does treat a pretty large proportion of the population, and the overall private sector, psychiatrists, GPs, and the private hospital providers, have all become part of the National Mental Health Strategy. It is not just a public sector strategy.

There has been substantial growth in the private psychiatric hospital sector over the course of the National Mental Health Strategy. The number of hospital providers has increased by 36%, total inpatient bed capacity has grown by 28% and revenue by 48% between 1992-93 and 1999-2000. Alongside these changes the sector has shifted its overall pattern of care to one of providing a significantly greater proportion of services to its consumers on a same day care basis. Same day admissions have increased from 39% of total admissions in 1992-93 to 69% in 1999-2000. Estimated total revenue in 1999-2000 for private sector psychiatric units was \$168.2 million, an increase in constant price terms of 48% since 1992-93.

Although 1.47% of Australians see a private psychiatrist at least once a year, access is uneven due to the concentration of providers in the capital cities, particularly Melbourne, Adelaide and Sydney. Little change in the distribution of services has occurred since the commencement of the National Mental Health Strategy.

1.3.4 Mental Health Service Provision to Indigenous Peoples

Ms. Jenny Hefford, Assistant Secretary, Drug Strategy Branch, Department of Health and Ageing, Government of Australia, told the Committee that Indigenous people have lower health ratings than non-indigenous Australians, and that their average life expectancy is some 20 years lower than for a non-indigenous Australian. She indicated that:

Indigenous people fare far worse in our system in terms of all substance use. Prevalence rates for smoking, for example, are far higher among indigenous Australians than among non-indigenous Australians. Substance abuse issues, particularly with alcohol and petrol sniffing, are extreme in some indigenous communities.

Several reports have noted that the current delivery of mental health services for Indigenous people is not sufficiently tailored to the cultural specificities of these communities. The following have been identified among the reasons for this lack of cultural appropriateness:

- health professionals' lack of knowledge and understanding of Indigenous perspectives and cultures;
- an insufficient appreciation of the different ways in which Indigenous peoples conceptualize and define illness and health;
- a limited understanding of the nature and scope of mental health needs within Indigenous communities;
- a lack of consultation by Governments and medical professionals with Indigenous Australians;
- a lack of education and training for service providers.

Mr. Casey told the Committee that attitudes were evolving and that there was growing recognition that "Indigenous people have a lot to offer us in understanding the relationship between how you experience your world from your psychological and your social

perspective, and what implications that has for how you physically can live your life in terms of a sense of wellness.”

1.4 ADDICTIONS AND SUBSTANCE ABUSE

Ms. Hefford told the Committee that “addiction/substance abuse issues are dealt with within our public health area and regarded as public health issues,” rather than as mental health issues exclusively. She explained that the Australian approach relied on three pillars: (1) supply reduction, which involves using border controls as well as working to close down clandestine drug laboratories in order to remove the product from the streets; (2) demand reduction, which employs school-based drug education and government-run campaigns; and (3) harm reduction, which encompasses treatment services and diversion programs for young people, designed to keep them out of the criminal justice system.

She further indicated that the acute health care sector, and in particular the hospital sector, has only a very limited role. It provides detox programs and deals with situations such as overdose deaths, where things have gone badly wrong. The primary care sector, for its part, is largely focused on managing opiate dependency. General practitioners prescribe methadone and pharmacists administer methadone-type programs, for the 30,000 Australians currently in methadone programs.

Ms Hefford noted that “as many as 60 per cent or 70 per cent of clients of drug and alcohol treatment services have an underlying or undiagnosed mental health disorder.” She concluded that despite still not reaching as many people as they would like, that much had improved in recent years. One of the things she pointed to in particular was the more collaborative approach that now prevailed across sectors and through various levels of government. She told the Committee:

We now have a strategy into which the federal government has put \$1 billion over the last five or six years, and it involves health, law enforcement, education and customs at a federal, state and local level. We think that we are actually getting better at working through the issues because we have this cross-disciplinary, cross-sector approach. That means, for example, that we have been able to introduce early diversion programs for young people who are identified by the police as in possession of cannabis or small amounts of other drugs, and who are given the opportunity to choose not to have a sentence of any kind recorded but to go into assessment and treatment. Some of those things have been very successful. We have had between 30,000 and 40,000 young people diverted out of the judicial system and into treatment through that sort of process.

1.5 PROMOTION AND PREVENTION

In general, a variety of mental health promotion and illness prevention initiatives have been pursued in Australia in the course of, and parallel to, the implementation of the National Mental Health Strategy.

Mr. Casey explained to the Committee that the adoption of a broader “whole population approach” to mental health issues led to carrying out large-scale mental health literacy campaigns throughout the community. In particular, in the mid-1990s a major television, cinema and newspaper advertising campaign was undertaken with the sole objective of making people aware there were mental health problems. This was followed by more focused initiatives, including a mental health promotion program for high schools, nearly 70 per cent of whom are now running the program.

As well, a separate, not-for-profit, private company funded by government, was established in October 2000 with the objective of promoting a better understanding of depression. Called “*beyondblue*”, it works in partnership with health services, schools, workplaces, universities, media and community organisations, as well as people living with depression, to bring together their expertise around depression. In the annual report for 2002-2003 the Chairman of *beyondblue*, the Hon. Jeff Kennett wrote:

In 2000, when beyondblue started out, few people were willing to speak in public about depression and their experiences, media coverage was often negative, barriers in insurance and employment were considerable and there was no national voice or advocacy service for those whose lives were affected. Australian general practitioners were not rewarded directly for providing better services and no systems for improving access to non-drug treatments were available. While we still have many challenges in front of us, in 2003 we can report that major advances in all these areas have now been achieved.

Another initiative that was undertaken was the National Media Strategy, where the government worked directly with the media to promote more positive messages about mental health and suicide prevention. The media strategy operates in journalism schools and universities, where journalists are taught how they should approach these issues when reporting them to the community so as not to stigmatize people living with mental illnesses.

Mr. Casey indicated that these various initiatives had helped improve “mental health literacy in the Australian population by about 10 percentage points since 1996.” He also told the Committee that:

our hospital contact data and our health service contact data show that there is a greater proportion of the population seeking care than was the case when we did our epidemiology study. We would conclude from that that they are now at least more prepared to seek treatment — and of course there are many effective treatments.

1.5.1 Suicide Prevention

Australia also has in place a framework for prevention of suicide and self-harm. Called *Living Is For Everyone* (LIFE), it is concerned with suicide in all age groups, with a particular focus on young people and young adults, for whom the loss of life years and potential is so great.

The LIFE Framework has four broad goals:

- Reduce deaths by suicide across all age groups in the Australian population, and reduce suicidal thinking, suicidal behaviour, and the injury and self-harm that result.
- Enhance resilience and resourcefulness, respect, interconnectedness and mental health in young people, families and communities, and reduce the prevalence of risk factors for suicide.
- Increase support available to individuals, families and communities affected by suicide or suicidal behaviours.
- To provide a whole of community approach to suicide prevention and to extend and enhance public understanding of suicide and its causes.

1.6 PROSPECTS FOR FUTURE REFORM

As noted earlier, a new National Mental Health Plan that builds on the work of the two previous plans has been adopted for the period 2003–2008. It acknowledges the complexity of the reform process and notes that while the first ten years of reform have seen an impressive start in terms of policy, there is still much to be achieved in terms of implementation. This conclusion echoes the concerns of advocacy groups who feared that the Mental Health Strategy was in the process of “losing momentum and faltering.”⁶

The goal of the National Mental Health Plan 2003–2008 is to consolidate the achievements of the First and Second Plans, address the gaps identified in both, and take the National Mental Health Strategy forward with restated and new directions. The Plan explicitly adopts a population health framework that recognizes that health and illness result from the complex interplay of biological, psychological, social, environmental and economic factors at all levels – individual, family, community, national and global.

A number of key principles that underpin the reform process are enumerated in the plan, including:

- All people in need of mental health care should have access to timely and effective services, irrespective of where they live
- The rights of consumers, and their families and carers, must shape reform
- A recovery orientation should drive service delivery
- Investment in the workforce is essential

⁶ SANE Mental Health Report, 2002-03, p. 2.

- Mental health reforms must occur in concert with other developments in the broader health sector
- Mental health reforms require a whole-of-government approach

The new Plan is guided by four priority themes. Outcomes and key directions for achieving these outcomes are identified, although the new Plan does not seek to specify projects to be funded within the new reform agenda. These themes are:

- Promoting mental health and preventing mental health problems and mental illness
- Increasing service responsiveness
- Strengthening quality
- Fostering research, innovation and sustainability

The following are amongst the outcomes that the plan seeks to achieve:

- Increase the extent to which mental health promotion is incorporated into policy and planning, at Commonwealth, State/Territory and local levels
- Increased extent to which mental health services adopt a recovery orientation
- National agreement on the broad levels and mix of services necessary to align current and future supply of and demand for mental health care across the lifespan
- Improved access to acute care, early intervention services, and to a range of community-based care alternatives
- Enhanced care pathways across the spectrum of care
- Reduced service system gaps and increased integration between private and public mental health services
- Improved coordination between the mental health sector and other areas of health
- Increased levels of full and meaningful consumer, family and carer participation in policy and in service planning, delivery and evaluation at all levels with evidence of improvement in quality
- Monitoring of the performance of mental health services regarding emotional and social wellbeing issues, through the collection and sharing of information and data
- Improved supply and distribution of the mental health workforce

1.7 COMMITTEE COMMENTARY

It is clear to the Committee that Canada has a great deal to learn from Australia in the field of mental health and mental illness. In particular, the consistent commitment for over a

decade by both the Commonwealth and State Governments in Australia to planning and monitoring progress through regular reporting has set international benchmarks that Canada is a long way from attaining. As well, the Committee was impressed by the explicit adoption of a population health framework for overall planning.

As a federal state, Australia has also demonstrated the importance of close cooperation between the various levels of government and of the benefits that can be derived by all communities when this collaboration is sustained. In addition, the Committee noted the importance attached by Australian authorities to adapting national targets and goals to regional and local conditions, and to ensuring that the implementation of agreed upon objectives respected the circumstances of various communities across the country. Moreover, the Committee was impressed by the efforts to include consumers and carers in mental health policy development.

The Committee also wishes to highlight two funding related issues. First, the Committee was struck by the success of efforts to ‘ring fence’ mental health funding as the Commonwealth government increased its proportion of mental health funding and as delivery of services became increasingly community based. According to the witnesses, the essential nature of adequate funding for mental health services has now been sufficiently demonstrated, and the commitment of all levels of government to sustain this funding become sufficiently secure, that it is no longer necessary to retain the formal agreements that were initially established to protect mental health funding.

Second, the Committee was pleased to see the success of the program recently introduced to improve the ability of general practitioners to participate in the treatment of people with mental health disorders. Enhanced training, and in particular adequate financial compensation for the actual time spent with patients presenting symptoms of mental health difficulties, as well as easier referring to mental health specialists, seem to the Committee to be measures that could enable the effective integration of mental health into primary care delivery.

Finally, the Committee took note of the many innovative approaches pioneered in Australia in raising public awareness about mental health issues, in particular the *beyondblue* campaign centred around depression, and believes that a closer study of a number of them is warranted in order to establish whether they could be adapted to the Canadian context.

CHAPTER 2: MENTAL HEALTH CARE IN NEW ZEALAND⁷

2.1 HISTORY AND OVERVIEW

New Zealand is a small country of two islands in the Southern Pacific Ocean with a population of 4 million in 2004. At least 800 years before the first European settlers, New Zealand was first populated by Maori, of Eastern Polynesian ancestry. The main ethnic groups today include people of European descent, mostly from the United Kingdom and Ireland (75%), Maori (15%), Pacific Island people (6%) and Asian (4%).

The country became a colony of Great Britain with the signing of the Treaty of Waitangi in 1840 between Great Britain and the majority of Maori Tribes. This is one of New Zealand's founding constitutional documents and sets out a partnership with the Maori, acknowledging their need for self-determination, outlining the responsibilities of governments, as well as protecting Maori rights. A resurgence of Maori identity over the last 20 years has made this treaty a major focus of policy-making.

New Zealand has a parliamentary system of government and is an independent state within the British Commonwealth. The government system is unitary, that is, only one House of Representatives with executive authority vested in a Cabinet structure led by a Prime Minister.

The New Zealand health care system is funded mainly through general taxation, supplemented by out-of-pocket payments and private health insurance. In 1999/2000, 75% of health sector finance came from taxation, 15.7% from consumer out-of-pocket payments, and 6.3% from private insurance (although there is almost no coverage for mental illness by private insurers). The public share of health care funding decreased over the last two decades from 88% of the total in 1979/1980 to around 77% in 1994/1995, but has since increased slightly to reach 78% in 2000.

⁷ Unless otherwise indicated, the information in this chapter is drawn from the following: Wilson, Janice, "Mental Health Services in New Zealand," *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 23, No. 3-4, 2000; French, Sian, Andrew Old and Judith Healy *HiT Summary: New Zealand*, European Observatory on Health Care Systems, 2002; Conference Board of Canada, "New Zealand," in *Challenging Health Care System Sustainability: Understanding Health System Performance of Leading Countries*, June 2004; Powell, Gayla, "New Zealand's National Mental Health Strategy: Report on Progress 2000-2001," August 2002; Ministry of Health, New Zealand, *Looking Forward: Strategic Directions for Mental Health Services*, June 1994; Ministry of Health, New Zealand, *Moving Forward: The National Mental Health Plan for More and Better Services*, July 1997; New Zealand Information Service, *Mental Health Data, 1994*, Ministry of Health, New Zealand, 1998; Mental Health Commission, *Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: How Things Need to Be*, December, 1998; Ministry of Health, New Zealand, *National Plan 2001-2003 – Project to Counter Stigma and Discrimination Associated with Mental Illness*, June, 2001; Mental Health Commission, *Briefing to the Incoming Minister of Health*, August, 2002; Ministry of Health, New Zealand, *Building on Strengths: A New Approach to Promoting Mental Health in New Zealand/Aotearoa*, December, 2002; Mental Health Commission, *Report on Progress 2001-2002: Towards Implementing the Blueprint for Mental Health Services in New Zealand*, April, 2003; Ministry of Health, New Zealand, *Like Minds, Like Mine – National Plan 2003-2005*, September, 2003.

Patients receive free state hospital outpatient and inpatient services although they must meet some or all of the costs of primary health care and make co-payments for pharmaceuticals (with concession cards available for low-income patients and those with chronic illnesses). New investment and reform of the primary health care system undertaken in 2004 has begun to decrease the level of individual out-of-pocket payments that are required.

The government retains overall responsibility for the health system but delivery is shared between the public, voluntary and for-profit sectors. Independent medical practitioners and specialists provide most ambulatory medical services, public hospitals provide most secondary and tertiary medical care, while the small private hospital sector specializes mainly in elective surgery and long-term care.

New Zealand governments in the 1990s went further than most countries in introducing market model practices into the health sector, including competition and a purchaser/provider split.⁸ However, at the end of the decade, the Labour/Alliance government decided that the “internal market” had not delivered significant improvements in effectiveness and efficiency. In 2000, the government returned responsibility to district boards for funding and partly providing health services. It created 21 District Health Boards (DHBs) covering geographically defined populations, which both deliver services themselves and fund other providers to do so. These autonomous authorities are allocated their own resources in a three-year funding package, based on historical provider contracts. They are responsible to the Minister of Health for the health of their district populations, for setting their strategic direction, for appointing their chief executive, and for their own performance. Each board covers at least one large public sector hospital.

New Zealand health services generally are regarded as adequate in supply and of good quality. Although in 2004 the majority of DHBs are meeting their targets, there is a perception that hospitals are under-funded, causing long waits for elective surgery. Since 2001, primary health care is being reorganized with the introduction of Primary Health Organizations. These will be local non-profit organizations funded at least in part using a system of ‘capitation,’ that is based on the number of patients who are enrolled with each organization. The intention is to reduce the burden of out-of-pocket payments upon patients. To date, full funding, or ‘universal coverage,’ of primary care services has only been available to targeted groups on the basis of income or chronic illness. Dr. Janice Wilson, Deputy Director General, Mental Health Directorate, at the New Zealand Ministry of Health, told the Committee that the goal of the new primary health care strategy was to “progressively over the next five to 10 years build up that universal payment until it covers about 80 per cent of the population.”

2.1.1 Mental Health Strategy

The National Mental Health Strategy was launched by the Government in June 1994 with the publication of *Looking Forward: Strategic Directions for the Mental Health Service*. The Strategy was developed further in a second document released in July 1997, the National Mental

⁸ This term refers to the fact that, in the 1990s, several countries in which the same institutions were responsible for both funding and delivering health care services moved to separate these functions with the aim of increasing efficiency and stimulating competition.

Health Plan, *Moving Forward: The National Mental Health Plan for More and Better Services*. Overall, the Strategy articulated two key goals:

1. To decrease the prevalence of mental illness and mental health problems within the community;
2. To increase the health status of and reduce the impact of mental disorders on consumers, their families, caregivers, and the general community.

Dr. Wilson indicated that “the main thrust of the policy at that time was to get a framework around what is called deinstitutionalization.” She told the Committee that policy was also partly driven by best practices internationally that pointed to the need to “take a more whole-of-government approach, linking with other sectors such as housing, employment, labour and so on” in order to make mental health services more community-based and integrated with other health services.

In 1996, a Mental Health Commission was established to ensure that the national mental health strategy was implemented. It consists of three Commissioners and its functions are:

- To monitor and report to Government on the performance of the Ministry of Health and the 21 District Health Boards in the implementation of Government’s national mental health strategy;
- To work with the sector to promote better understanding by the public of mental health, and to reduce discrimination and prejudice against those with mental illness;
- To work to strengthen the mental health workforce.

The Commission released the *Blueprint for Mental Health Services in New Zealand* in 1998. The Blueprint provided a practical basis for Strategy implementation and has been accepted as government policy. Its objective is to give health boards and providers a clear view of the steps they can take to improve quality, and to provide consumers and families an understanding of what they should expect from a well functioning system. It is animated by a strong focus on recovery for those living with mental illness.

The national strategy now encompasses seven strategic directions, that are summarized briefly below:

Strategic Direction 1: Implementing community-based and comprehensive mental health services. The objective is to offer services that would cover health promotion and mental illness prevention, assessment and early intervention, treatment, rehabilitation, and continuing care.

Strategic Direction 2: Encouraging Maori involvement in planning, developing and delivering mental health services. This strategic direction is aimed at improving the mental health of Maori, so that it is at least as good as that of New Zealanders as a whole. The use of mental health services by Maori is considerably higher than by the rest of the population.

Strategic Direction 3: Improving the quality of care. The goal is to overcome some of the obvious gaps in services that were inherited from the past. It is hoped that service standards, quality assurance programmes and performance indicators to monitor effectiveness and efficiency will make sure that the national objectives are being achieved.

Strategic Direction 4: Balancing personal rights with protection of the public. This strategic direction aims to more clearly strike a balance between the mental health consumer's right to live in the community and the public's right for protection.

Strategic Direction 5: Developing a national alcohol and drugs policy. The intent behind this strategic direction is to better integrate existing alcohol and drug services, to use the mix of residential and outpatient treatment options more efficiently, and to provide more systematic care for people who have both an addiction and some form of mental disorder.

Strategic Direction 6: Developing the Mental Health Services Infrastructure. This strategic direction was added in 1997. It covers the "infrastructure" necessary for delivering more and better services – elements such as workforce development, data collection and analysis, and co-ordination between services. These elements had originally been seen as part of *Strategic Direction 3* but subsequently become recognized as important enough and complex enough to warrant a separate strategic direction of their own.

Strategic Direction 7: Strengthening Promotion and Prevention. This too was another strategic direction that was added to the Strategy in 1997 in order to place more emphasis on making progress towards achieving the goal of decreasing the prevalence of mental illness and mental health problems.

The elaboration of the mental health strategy in New Zealand was based on epidemiological evidence that indicated that one in five of the adult population has a diagnosable mental health problem at any one time. Of these, it is believed that about 3% of adults - and about 5% of children and young people under 20 years - have severe mental health disorders. A further 5% of adults have moderate to severe disorders, and 12% have mild to moderate disorders or problems.

The intention of the national strategy was to ensure that there are enough of the right kinds of mental health services to meet the needs of those adults and young people who have severe mental health disorders. The resource guidelines that are contained in the *Blueprint* provide estimates of the beds and community staff needed per 100,000 population, assuming that 3% of the population need such services. These guidelines were developed primarily for calculating national funding and service development requirements but are also used at a regional level.

The model of service provision that is employed in the *Blueprint* emphasises community service delivery, but also allows for acute inpatient services as well as rehabilitation and long-term hospital care. The guidelines also take into account development of services provided by consumers. The table below shows the national targets that were established by the *Blueprint* in 1998. These are adjusted as the population levels increase.

RESOURCE TARGETS, 1998			
Resource		National target	National current
Inpatient	Beds or 'care packages' ⁹	1,535	1,424
Residential	Beds or 'care packages'	3,243	2,576
Community mental health	FTEs ¹⁰	3,822	1,923
Community support	FTEs	1,284	388
Advisory services and initiatives (consumer and family)	FTEs	246	63
Access to newer anti-psychotic medication	People	8,500	3,547
Detoxification	Beds or 'care packages'	113	96
Residential alcohol and drug	Beds or 'care packages'	378	376
Community alcohol and drug FTEs	FTEs	614	262
Methadone treatments	Places	5,666	3,030
Mental illness prevention FTEs	FTEs	378	0

2.2 COSTS AND FUNDING OF MENTAL HEALTH SERVICES

Dr. David Chaplow, Director of Mental Health and Chief Adviser, Government of New Zealand, told the Committee that “having a costed plan with analysis of the gap between what existed and what we needed was a very powerful advocacy tool” in negotiations with the treasury in order to secure additional funding for mental health. Since the adoption of the mental health strategy, funding for mental health has indeed increased. Between

⁹ The ‘Blueprint’ indicates that while the most common measure for these services resources is ‘beds’, “a shift to the provision of ‘care packages’ is needed” (p. 41) but does not specify how these are to be defined with regard to each service.

¹⁰ Or “Full-Time Equivalent” position.

1993/1994 and 2001/2002, public funding for mental health services in New Zealand increased from \$270 million to \$725 million per annum. This represents an increase of approximately 127% after adjusting for inflation, and Dr. Wilson indicated that “we have had a commitment from the current government to continue the funding stream at this rate until at least 2007 because we have not yet completed all of the reform agenda.”

Nonetheless, in general, the Mental Health Commission has noted that the starting point for recent increases in funding levels was a poorly resourced base. In its view, acceptable levels of service delivery in mental health have still not been met and there is still some way to go towards meeting the goals set by the Blueprint. According to Dr. Wilson,

They set targets and we have implemented about 75 per cent [to 2004]. Some parts of the country are closer to 60 per cent and some are almost fully implemented at close to 100. We have regional variation, depending on population growth and other factors.

The Table below presents estimates made by the Commission in its 2002 Briefing to the incoming Minister of Health.

PERCENTAGE OF BLUEPRINT FUNDING TARGETS MET AS OF 2002	
Service Area	Approximate level of funding at July 2002 to <i>Blueprint</i> guidelines
Hospital Inpatient	89%
Community Clinical	69%
Community Non-Clinical	44–59%
Community Drug & Alcohol	74%
Methadone Services	65%
Child & Youth Community	63%

Consistent with the trend to more community-based services, 69% of mental health services funding (excluding pharmaceuticals and public health services) in 2001/2002 was for community services. This is up from 67% in the previous year and includes 57.4% of the District Health Board provider funding and almost all NGO funding. The proportion of mental health funding that is spent on services provided by non-government organisations (NGOs) has remained relatively stable over the last three years.

Despite the increases in funding, the Mental Health Commission continues to express concerns both over the level of funding and the commitment on the part of DHBs to actually spend the money that has been allocated to mental health. An additional and recurring concern has been that the impact of increased funding on levels of services has

been constrained by workforce shortages. This has meant that even where funding has been made available, many positions have gone unfilled.

The Commission has therefore reiterated its recommendations that:

- A sustainable funding path be identified for mental health services development, consistent with the directions of the national mental health strategy, implementation of the Blueprint, and the capacity of the sector to develop.
- Funding for mental health services targeted to the 3% of the population most severely affected by mental illness be protected by a clear and robust ring-fence.

2.3 SERVICE DELIVERY AND ORGANIZATION

The overriding goal of New Zealand's *Blueprint* for mental health is to ensure that 3% of the population has access to mental health services. For the whole of New Zealand, reported access to mental health services was approximately 1.7% of the population in 2001/2002. This was up slightly from 1.6% the previous year. However, during this time, data was not being collected from all NGOs, which means that the figures may under-represent the number of people being seen by services.

As elsewhere, the move away from dedicated psychiatric institutions has been occurring in New Zealand over the past quarter century. Although there is some variation around the country, most of the mental health services are community based and include services provided by mobile 24-hour crisis services, and in general hospital acute wards. By 2000, all acute psychiatric wards (with one exception) had been integrated into general hospitals and just about all of the 10 dedicated psychiatric institutions had closed completely, with a few retaining only forensic or other specialized services.

Despite this reorganization, Dr. Chaplow pointed out that,

...at no time have we diminished the total number of beds... We have spread those places in a variety of configurations, so that some are still configured in hospital units and some are in community placements.

Thus, there are some hospital-based rehabilitation wards and a growing range of supported accommodation and vocational training options, as well as day programs and drop-in centers, often consumer-run. Most adults receiving mental health services have a clinical case manager and/or a community support worker.

The most recent *Report on Progress* issued by the Mental Health Commission highlights the following statistics for the year 2001-2002:

- The number of people admitted to inpatient services in New Zealand is small compared with the total receiving mental health services. During the six months to 30 June 2002, 0.14% of the total population (5,546 people) received inpatient

hospital care, compared with 1.7% receiving care of any kind from mental health services (63,271).

- During 2001/2002 there was no progress in the development of more general non-residential, adult community clinical services. The number of funded clinical staff positions in these services was 85% of the *Blueprint* guidelines compared to 87% in June 2001.
- Non-clinical community based services include home-based support, employment and education support, day activities and living skills, peer support and family support services. These services are provided primarily by support workers, nurse aides and cultural support workers working for NGOs in a therapeutic/support role. Resource levels in community non-clinical support services, have increased from 59% the previous year to 65% of the *Blueprint* guidelines.
- For the country as a whole, all general adult community residential beds slipped from 93% of the *Blueprint* guidelines in 2000/2001 to 83% in 2001/2002. Much of this reduction is due to a large NGO changing from providing residential services to providing community care in service users' homes, and thus does not reflect a reduction in capacity.

In New Zealand, as elsewhere, general practitioners are a first port of call for accessing mental health services. However, there are many in the community (particularly among the Maori and Pacific people communities), who do not use general practitioner services, and thus do not have access to the pathways into mental health care early enough.

The impact of user charges for primary health services on access to mental health services is also an issue. It has been recognized that these charges can be a barrier to the use of primary health services and therefore can encourage people with mild or moderate illness to try to access specialized mental health services (which may not have the same user charges) when they could be treated more appropriately by their primary medical services. Indeed there is even the concern that user charges may stop people going to any service at all. As noted earlier, efforts are underway to reorganize primary care delivery on a capitation model that could help reduce the impact of user charges.

2.3.1 Services to Maori

Ms. Arawhetu Peretini, Manager of Maori Mental Health, Government of New Zealand, explained to the Committee that:

The majority of [the Maori population] live in urban settings. They have no reservations. They tend to be fairly integrated into mainstream society. The majority exist probably in one city in particular in the northern part of the island, which is mostly urban. There has been, over the last 10 years, a call for many Maori to return to their tribal lands, or which about 90 per cent are rural based. However, the call has not occurred for many because most work in the urban settings.

A leading expert, Professor Mason Durie, has suggested that “mental health problems are now the number one health concern for Maori.” He notes as well that, “psychiatric admissions, alcohol and drug disorders, suicides and attempted suicides are increasing at a time when other health problems such as heart disease are decreasing.”¹¹ Maori have many needs which are not being met by mental health services. Although accurate and up-to-date information on the prevalence of mental illness for Maori is not available, it is known that there are disproportionate numbers of Maori in crisis, acute inpatient, and forensic services. As Ms. Peretini noted,

Some of the problems have resulted from the fact that a lot of indigenous Maori within this country tend to appear at services at acute stages of mental illness.

In addition, Maori have substantially higher rates of re-admission than non-Maori; these rates have risen steadily in recent years and are continuing to rise. Maori are also greatly over-represented in alcohol and drug services; alcohol and drug abuse and psychosis are the main reasons for Maori being admitted to a psychiatric ward or hospital.

Between 1 January and 30 June 2002, approximately 10,500 Maori were reported as being seen by mental health services, that is 1.9% of all Maori. Maori access mainstream mental health services as well as services specifically targeted to their needs. While acknowledging that there “are still gaps in a knowledge base about things such as admission and re-admission rates,” Ms. Peretini told the Committee that:

We do know that some of the 21 services — because we did a survey three years ago now — are actually responsive to the needs of the Maori, by just incorporating a cultural assessment component as part of the clinical assessment. There were very few at that stage. Of nine district health boards, only seven had even considered policies around meeting the needs of indigenous people being admitted to the mainstream services. Of those seven, only three had cultural assessment tools that were well developed enough to be useful.

Since 1998 there has been a significant increase in Maori providers and availability of services specifically for Maori. There have also been a number of initiatives to increase the number of skilled Maori in the mental health workforce. Ms Peretini elaborated on this point:

Two years ago, the Ministry of Health, as part of our workforce development strategy, commissioned the development and establishment of a Maori-focused workforce development organization. Almost a year ago, that organization undertook a series of surveys on our workforce. Rather than going into the detail, I will say is that we do not have a large

¹¹ Quoted in the *Blueprint*, p. 56.

workforce. We currently have probably about five psychiatrists in training.

... there have been educational quotas for certain themes in this country. They have existed for at least the past 20 years. We also have had some key leaders in Maori health who have become psychiatrists.

The Maori Mental Health National Strategic Framework, was released in April 2002 after extensive consultation. The framework has the following five-year goals:

- to provide comprehensive clinical, cultural and support services to at least 3% of Maori, focused on those who have the greatest mental health needs
- to ensure that active participation by Maori in the planning and delivery of mental health services reflects Maori models of health and Maori measures of mental health outcomes
- to ensure that 50% of Maori adults seeking wellness will have a choice of mainstream or specialized Maori community mental health service
- to increase the number of Maori mental health workers, including clinicians, by 50% over 1998 levels

Dr. Chaplow indicated that New Zealand was “in an interim stage,” during which “indigenous psychiatrists will have to be augmented or supplemented by others.” However, he also affirmed that “one of the significant advances is that now Maori people own their services and own the challenge.”

Dr. Wilson explained the importance of this development:

One of the key things about mental illness is that it affects the way that you think about yourself — your spiritual and cultural beliefs. People relate much better to people of their own culture. If you are the person with the illness, the relationship you have with your care provider — your doctor or nurse — is probably the most crucial thing to getting well and gaining recovery. If that person is able to understand your cultural belief system, then the chances of a successful outcome are better.

2.3.2 Human Resources

Numerous commissions and reports have called attention to workforce development as an important part of resolving the existing problems that affect mental health service delivery in New Zealand. It is generally recognized that the current mental health workforce, although having increased significantly due to the national strategy development, still falls short of what is required by mental health consumers. For example, New Zealand has a shortage of psychiatrists when compared with other similar western countries. Dr. Chaplow told the committee that “in terms of world health statistics, such as the suggestion that there should

be one psychiatrist for 10,000 people per population, we only have one psychiatrist per 15,000 people here.” But he insisted that:

The issue is how you utilize psychiatrists as part of the team. Also, psychiatrists tend to cluster near universities or schools. That is what happens. You often have an imbalance between urban and rural access to good psychiatry.

Dr. Wilson further noted that human resource shortages were widespread:

In respect of the workforce overall, of course we are short throughout the system. It is not just psychiatrists. We have shortages of nurses, psychologists and all the other professionals. That is why we have a major workforce initiative that includes looking at how we recruit as well as retain.

Reports from 2000/2001 also suggested that unfilled community positions for which funding was available were at about 6 or 7% of the total. Another challenge is in the recruitment and retention of the workforce outside the main centres, where the implications of the need to provide 24 hour coverage, along with the lack of peer support, and professional isolation create difficult working conditions.

The National Mental Health Workforce Development Coordinating Committee was established early in 1998 to co-ordinate workforce development throughout the sector and develop and implement a definitive framework on which to build the national regulation of mental health workforce development, and the allocation of resources for it. The Committee is led by providers and represents key stakeholders in the sector. However, there is still no comprehensive mental health workforce development plan.

Dr. Wilson also recounted that in recent years new types of mental health workers have been trained.

We have a new workforce, called community mental health support workers, that has been training over the last five years probably. They work predominantly in the NGO sector but they also work in the public mainstream sector. They are trained to support patients or consumers with mental illness, either in their homes or in formal residential settings in the community, or to help them work through the system. They would be the person who would go with them to the income support agency, to the employment agency, to help them battle the societal barriers.

These community mental health workers receive formal qualifications set under the National Qualifications Framework. There are now about 2,000 new workers who have been granted a certificate in community mental health support work.

2.4 PROMOTION AND PREVENTION

In December 2002, following a two year period of consultation with over 200 individuals and organizations, the Ministry of Health issued the document *Building on Strengths* that outlines a national approach for mental health promotion for a five year period. *Building on Strengths* seeks to promote the mental wellbeing of New Zealanders and to reduce inequalities in mental wellbeing by improving the social, economic, cultural, political and physical environments in the country.

New Zealand's mental health promotion strategy recognises the need for co-operation between health and other sectors, including local government, other government departments and Maori, Pacific and other community groups and calls for the health sector to take a leadership and co-ordination role around mental health promotion.

Building on Strengths aims to achieve three things:

1. To enable individuals and communities to take action on their own behalf.
2. To outline planned priority actions for the Ministry of Health for mental health promotion.
3. To provide guidance to health sector providers and other sectors on what they can do to contribute to positive mental health and wellbeing for New Zealanders.

The strategy outlined in *Building on Strengths* has three specific goals:

- To reduce inequalities relating to mental health experienced by some groups.
- To create environments that are supportive of positive mental health.
- To improve individual and community resiliency skills.

To achieve these goals, five priority actions are detailed. They are to:

1. Reorient health services to reduce inequalities between socioeconomic groups.
2. Strengthen community action in mental health promotion activity.
3. Create safe and supportive environments within actions that create cohesive cities, communities, workplaces, schools, homes.
4. Develop personal skills by emphasising mental health protective factors such as resiliency, social support and life skill development.
5. Build healthy public policy through improved research and evaluation to identify and address mental health promotion needs.

The Ministry of Health currently spends several million dollars each year on mental health promotion, and *Building on Strengths* has been developed to provide a national framework for the continued allocation of these funds. It is not anticipated that any additional funding will be allocated to the campaign.

2.4.1 Project to Counter Stigma and Discrimination Associated with Mental Illness

A project to counter the stigma and discrimination associated with mental illness, called “Like Minds, Like Mine” was established as a five-year project in 1996, and was subsequently funded as an ongoing undertaking by government. Since its inception, activities sponsored by “Like Minds, Like Mine” have developed public awareness about aspects of mental illness, with an emphasis on the stigma faced by people with experience of mental illness. As a result, the project can now point to significant and quantifiable changes in attitudes among most sectors of the population.

Dr. Wilson helped the Committee understand the basis for this progress:

First, it is quite important to understand at the very beginning of this initiative or program, a significant amount of base research was undertaken. There was research done on attitudes in the community and on how people might respond to such an awareness raising. That went alongside our community development approach.

Then [the] first national campaign was run and the research that followed indicated a surprising change in attitudes. There seemed to be increased understanding the common mental disorders such depression, anxiety disorders, alcohol addiction and so on.

The most recent plan (for 2003-2005) therefore began a shift in emphasis towards reducing discrimination, now that it was felt that good progress had been made on the groundwork of awareness raising. The project plan has incorporated a specific human rights model which it has allied to a social model of disability, on the grounds that such a model has strong relevance to the discrimination faced by people with experience of mental illness.

The overall aims of the project are to:

- Enable all people with experience of mental illness to gain equality and respect and to enjoy the same rights as others.
- Change public and private sector policy to value and include all people with experience of mental illness.
- Create greater understanding, acceptance and support for all people with experience of mental illness.

Its more specific objectives include:

- Engaging the leadership and participation of individuals and groups of people with experience of mental illness.

- Advocating for non-discriminatory policies and practices within organizations that are responsible for housing, education, employment, income and access to goods and services, and within organizations that are responsible for mental health services.
- Using mass media, community education and other means to improve the social inclusion of people with experience of mental illness.
- Developing specific approaches by Maori, in recognition of their status under the Treaty of Waitangi, to address the discrimination faced by Maori with experience of mental illness.

Dr. Wilson indicated that the first iteration of the campaign had been “based on famous New Zealanders who were willing to talk publicly about their problems with depression and anxiety disorders,” but that “the current campaign has moved away from the famous people to ordinary people who have also suffered significant illnesses such as manic-depressive or bipolar disorder, schizophrenia and so on. It focuses on them, their families and lives.”

2.5 PROSPECTS FOR FUTURE REFORM

Dr. Wilson informed the Committee that work was currently underway on a second national mental health plan and that a draft would soon be taken to cabinet before engaging in wide consultations with the community. She hoped that this plan would be finalized and accepted by government before the end of 2004.

As well, in April 2004, the Mental Health Commission published an issues paper in order to gather feedback on how best to maintain and consolidate progress already made in providing mental health care in New Zealand and ensure that the *Blueprint* is able to keep up with changes and provide a relevant platform for the future. Ways forward may include:

- better application of the *Blueprint*;
- modifications to the *Blueprint* that make it easier to apply;
- substantive amendment of the *Blueprint*; or
- changes to funding, planning, contracting and service delivery practices.

The *Blueprint* was developed in 1997 and 1998, and so is now more than five years old. The issues paper notes that over that period there has been substantial change in the health sector and New Zealand society. The following are some of the factors it listed as requiring attention in updating the *Blueprint*:

- Structural changes – four regional health authorities and then the Health Funding Authority have been replaced by 21 DHBs, including three with populations of less than 50,000, and only four with populations over 400,000.
- Regional planning processes have emerged, using multiple stakeholder networks that have been superimposed on the statutory district health board structure.

- Emphasis on competition in the health sector has been replaced by expectations of coordination and collaboration and provider capability development.
- Expectations of the public, politicians, consumers, families, and clinicians regarding mental health service provision have increased.
- A new non-clinical workforce has emerged, primarily in NGOs, with nationally agreed minimum standards of training.
- There have been changes in clinical practice, including adoption of the recovery model and the National Mental Health Sector Standard, and widespread use of new generation antipsychotic medication.

The discussion and debate will guide the Commission in its next task of writing a companion or guidance note to support the *Blueprint* and look at how to adapt its implementation to changing circumstances.

2.6 COMMITTEE COMMENTARY

The Committee was greatly impressed by the progress New Zealand has achieved since the launch of its mental health strategy in 1994. New Zealand's experience offers further strong evidence of the crucial importance of sustained planning in the mental health field. In particular, the Committee took note of the fact that the existence of a detailed and carefully costed plan with very specific targets had contributed to the ability of the mental health community to secure a significant increase in government funding.

In addition, the focus during the process of deinstitutionalization in New Zealand on the development of comprehensive community-based services has allowed the reallocation of resources to take place so that there was no decline in the number of beds available to those in need. The Committee was also struck by the important role that an independent body, the Mental Health Commission has played in this process, and by the willingness of the government to adopt the recommendations made by the Commission.

Perhaps the aspect of New Zealand's efforts over the past decade that most impressed the Committee was the consistent attention to the needs of the indigenous Maori population. Making participation by Maori themselves a cornerstone of the strategic orientation would seem to have yielded important gains in terms of allowing this community to begin to take ownership of these programs and to infuse them with a much greater cultural sensitivity to their own needs. Moreover, the emerging success of efforts devoted to the training of Maori mental health professionals offers the Committee much encouragement that it is possible to grapple with these difficult issues.

Another dimension of initiatives to train needed personnel that seemed worthwhile to the Committee were the programs introduced to provide formal qualifications to community mental health workers in New Zealand. The Committee also notes that efforts in New Zealand to further improve access to primary care services and to reduce demand on secondary care services has involved taking measures to diminish the impact of user fees on

the behaviour of those in need of health care services. Experience in New Zealand thus provides additional evidence that user fees do act as a deterrent to seeking care.

In addition, the Committee will be interested to see if it is possible to draw on the experience of the smaller District Health Boards in New Zealand in order to find ways of improving the delivery of mental health services to Canadians living in rural and remote areas.

Finally, the Committee was impressed by the evolution of the efforts made in New Zealand to combat stigma and discrimination against people living with mental illness, and in particular the long-term funding commitment that was made by the government in this regard. As well, the Committee believes that the New Zealand experience points to the importance of building evaluation and data collection into the design of anti-stigma campaigns so that it is possible to learn from each experience and to adjust the focus as necessary.

3.1 HISTORY AND OVERVIEW

The United Kingdom has the same Parliamentary system as Canada, but until the creation of devolved Parliaments in Scotland and Wales in recent years it had been a unitary state comprising Great Britain (England, Scotland and Wales) and Northern Ireland. The public health care system – the National Health Service (NHS) – is similar throughout the United Kingdom but managed by each jurisdiction separately. In this chapter we discuss mental health care in England, almost exclusively. We will refer to the United Kingdom when describing common features. The NHS was established in 1948, and within each jurisdiction remains amongst the more centrally managed and financed health care systems in the world.¹³ Government is not only involved in the financing of health services but is also heavily involved in the management and delivery of services.

As in Canada, all people normally resident in the United Kingdom are eligible for health care insurance coverage under the NHS. The NHS does not specify an explicit list of services to be covered. However, the NHS is more comprehensive than Canadian Medicare as it covers physicians, hospitals, prescription drugs, dental care and optical services. There are no user charges for physician services in the United Kingdom and hospital and specialist services are also provided free-of-charge. User charges do apply to prescription drugs, dental and optical services. Unlike Canada, the United Kingdom also allows people to purchase private health care insurance covering the same benefits as the NHS, but supplied by providers working outside of the NHS.

In the United Kingdom, a larger proportion of health care spending is financed by the public sector (82%) than in Canada (70%). The NHS is financed mainly through central government general taxation together with an element of national insurance contributions made by employers and employees. User charges account for less than 3% of total NHS financing.

¹² Unless otherwise indicated the information in this chapter is drawn from the following: Department of Health, *National Service Framework for Mental Health*, 1999; Select Committee on Health, *Fourth Report: Provision of NHS Mental Health Services*, 2000; McCulloch, Andrew, Matt Muijen and Heather Harper, "New Developments in Mental Health Policy in the United Kingdom" *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 23, No. 3-4, 2000; The Sainsbury Centre for Mental Health, "Mental Health Policy: the challenges facing the new Government," July 2001; Department of Health, *The Journey to Recovery – The Government's Vision for Mental Health Care*, Nov. 2001; National Institute for Mental Health in England, *Cases for Change – Policy Context*, 2002; Department of Health, *National Suicide Prevention Strategy for England*, Sept. 2002; Levenson, Ros, Angela Greatley and Janice Robinson, *London's State of Mind*, King's Fund Mental Health Inquiry, 2003; The Sainsbury Centre for Mental Health, *Money for Mental Health: A review of public spending on mental health care*, 2003; Commission for Health Improvement, *What CHI has found in mental health trusts (sector report)*, 2003; Social Exclusion Unit, *Mental Health and Social Exclusion*, Office of the Deputy Prime Minister, 2004.

¹³ Paul Wallace, writing in *The Economist* (July 17, 2004), notes that with 1.4 million employees, the NHS is the world's third largest employer, surpassed only by China's Red Army and the Indian Railways.

Many significant reforms of the management and provision of health services in the United Kingdom were undertaken during the 1990s. These reforms initially created an ‘internal market,’ meaning that certain market-oriented principles were introduced into the publicly-funded health care system. A “purchaser-provider split” altered the relationships between the regional health authorities and the hospitals, while the establishment of “GP Fundholding” modified the organization and shape of general family practices. The Labour government of Tony Blair, first elected in 1997, was critical of the internal market; it has since modified a number of significant features of the system, but has not sought to return it to its original form.¹⁴

Ms. Anne Richardson, Head of the Mental Health Policy Branch, Department of Health, Government of the United Kingdom explained to the Committee that since 2001, the National Health Service has had three tiers, with the Department of Health at the apex. She indicated that “the Department of Health develops policy as well as the systems and structures needed to deliver services. However, it does not actually implement that change directly.” There are 28 Strategic Health Authorities (SHAs) that are responsible for managing the performance of local services. They vary in size from 20 to 30 staff per location and are in turn responsible for as many as 30 Primary Care Trusts (PCTs), which comprise the third tier.

PCTs are now at the centre of the NHS and will get 75% of the NHS budget. They are responsible for managing health services at the local level. Most PCTs cover populations of between 50,000–250,000 people, with the average size PCT serving around 100,000 people. There are now 302 PCTs across England. They do not all have the same level of experience and their expertise also varies.

PCTs directly provide primary care and community health services and commission¹⁵ services from hospital trusts and other secondary and tertiary care providers. PCTs may also commission other primary care services, such as physiotherapy, alternative therapies, and counselling. As we shall see, PCTs are also involved in the commissioning of mental health services. In particular, as Ms. Richardson told the Committee, PCTs “have the job of looking at national standards and targets, balancing those against the needs of their local population and interpreting national standards for their local population.”

¹⁴ In fact, some analysts contend that the Labour Government is now engaged in a process of reintroducing the “internal market.” Thus, Paul Wallace writes that this return to the “internal market” follows “a major policy shift after the 2001 election.” (*Ibid.*)

¹⁵ Even in the United Kingdom there is still some confusion concerning the exact meaning of the term ‘commissioning’ and its relationship to the more familiar ‘purchasing.’ The two terms, both conceptually and in fact, tend to be used loosely. This is one common definition: *Commissioning* is the strategic activity of assessing needs, resources and current services, and developing a strategy to make best use of available resources to meet identified needs. Commissioning involves the determination of priorities, the purchasing of appropriate services and their evaluation. *Purchasing* is the operational activity set within the context of commissioning, of applying resources to buy services in order to meet needs, either at a macro/population level or at a micro/individual level.

3.1.1 Mental Health

Until the 1950s, the main form of provision for mentally ill people was the old Victorian asylum. As elsewhere, with the arrival of new medication and the idea that mentally ill people had a right to live in mainstream society, this began to change from the 1960s onwards. The old asylum hospitals began to close and more modern psychiatric units were provided in local general hospitals. Thus, hospital beds have been drastically reduced from 129,000 in 1968 to 91,000 in 1978, 63,000 in 1988/89 and 36,000 in 1998/99.

How best to manage the process of deinstitutionalization and its many ramifications continues to be at the centre of policy deliberations. In the initial years of this policy, it appears that policy makers under-estimated the level of continuous support which would be required by a relatively small group of severely disabled people who would previously have lived in the old asylums. Insufficient provision was made in the community to support these people. In particular, there was an absence of intensive health and social support and supported housing. This contributed to the idea in some circles that the policy itself – ‘community care’ – was wrong, despite international evidence showing that adequate community care leads to better outcomes for the vast majority of people living with mentally illness.

In recent years, mental health policy has been overhauled in a major attempt to create a working system of care which can support people with all types and severity of mental health problems. A series of policy initiatives by the new Labour Government towards the end of the 1990s have attempted to consolidate community based services around an appropriate balance between care and control, support and public safety.

The policy has been promulgated in the following publications produced by Government:

- A 1998 white paper, *Modernising mental health services: safe, sound and supportive*, set out to identify and fill the gaps in service provision. It articulated a vision of creating safe, sound and supportive mental health services, through a variety of measures including the introduction of more intensive community support services such as ‘assertive outreach teams’ to address the problems of people living in the community with complex needs;
- This was followed by the *National Service Framework (NSF) for Mental Health* which set detailed standards and targets for mental health services for adults with mental health problems aged between 18 and 65 years of age (see below);
- The *NHS Plan*, issued in 2000, extended the agenda described by the national service framework by detailing new services, including assertive outreach, crisis resolution (sometimes called home treatment) and early intervention in psychosis services. The plan introduced graduate primary care mental health workers, gateway workers and carer support workers and endorsed structural changes such as the creation of care trusts. It also considered the mental health workforce requirements and issues relating to recruitment and retention, leadership and training. The NHS Plan included £300 million of new revenue for mental health services.

The National Service Framework for Mental Health (NSF-MH) is a 10-year programme. This is how Ms. Richardson described the purpose of its seven standards to the Committee:

- Standard one is concerned with mental health promotion — that is all the action that is needed to help us take action against the stigma that there is surrounding mental ill health and the risks, to reduce risks of people developing mental ill health.
- Standards two and three were about mental health in primary care, which addressed the action that was needed to improve access to services by people with so-called common mental disorders.
- Standards four and five were about people with severe mental ill health — the relatively small proportion of the total group of people with mental health problems — who nonetheless carry the biggest risk in relation to death by suicide and other causes, and who also carry the highest levels of morbidity. I am thinking of people with a diagnosis of schizophrenia or bipolar disorder or very severe depression.
- Standard six concerned the action that was needed to improve services and supports for caregivers.
- Standard seven focused on all that we needed to do across the spectrum of mental health and social care services to reduce the risk of death by suicide.

We set out in the box below the seven standards in more detail.

NSF-MH STANDARDS	
1.	<p><i>Health and social services should:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • promote mental health for all, working with individuals and communities • combat discrimination against individuals and groups with mental health problems, and promote their social inclusion.
2.	<p><i>Any service user who contacts their primary health care team with a common mental health problem should:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • have their mental health needs identified and assessed • be offered effective treatments, including referral to specialist services for further assessment, treatment and care if they require it.
3.	<p><i>Any individual with a common mental health problem should:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • be able to make contact round the clock with the local services necessary to meet their needs and receive adequate care • be able to use <i>NHS Direct</i>, as it develops, for first-level advice and referral on to specialist helplines or to local services.
4.	<p><i>All mental health service users on the Care Programme Approach (CPA) should:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • receive care which optimises engagement, prevents or anticipates crisis, and reduces risk • have a copy of a written care plan which <ul style="list-style-type: none"> — includes the action to be taken in a crisis by service users, their carers, and their care co-ordinators

- advises the GP how they should respond if the service user needs additional help
 - is regularly reviewed by the care co-ordinator
 - be able to access services 24 hours a day, 365 days a year.
5. *Each service user who is assessed as requiring a period of care away from their home should have:*
- timely access to an appropriate hospital bed or alternative bed or place, which is
 - in the least restrictive environment consistent with the need to protect them and the public
 - as close to home as possible
 - a copy of a written after care plan agreed on discharge, which sets out the care and rehabilitation to be provided, identifies the care co-ordinator, and specifies the action to be taken in a crisis.
6. *All individuals who provide regular and substantial care for a person on CPA should:*
- have an assessment of their caring, physical and mental health needs, repeated on at least an annual basis
 - have their own written care plan, which is given to them and implemented in discussion with them.
7. *Local health and social care communities should prevent suicides by:*
- promoting mental health for all, working with individuals and communities (standard one)
 - delivering high quality primary mental health care (standard two)
 - ensuring that anyone with a mental health problem can contact local services via the primary care team, a helpline or an Emergency department (standard three)
 - ensuring that individuals with severe and enduring mental illness have a care plan which meets their specific needs, including access to services round the clock (standard four)
 - providing safe hospital accommodation for individuals who need it (standard five)
 - enabling individuals caring for someone with severe mental illness to receive the support which they need to continue to care (standard six)
- and in addition:
- supporting local prison staff in preventing suicides among prisoners
 - ensuring that staff are competent to assess the risk of suicide among individuals at greatest risk
 - developing local systems for suicide audit to learn lessons and take any necessary action.

The NSF-MH was the first comprehensive statement that set out what was expected of health and social services in England. A new body, the National Institute for Mental Health in England (NIMHE), was set up to oversee the implementation of the service framework. As Ms. Richardson explained, NIMHE

has a series of eight regional development centres spread across England. Their job is to specifically help local services improve their closeness to targets. They set out models of best practice, visit local services and employ champions to raise the profile of the new service model and of the needs of people with mental illness. There are about 26 programs of

work led through the National Institute for Mental Health, all of which have central funding. These programs are designed to support reform.

Ms. Richardson gave the following example of one of these programs:

We have a Black and minority ethnic mental health program, currently funded to the tune of £2.5 million over the period to 2006. That will employ new community development staff and pump-prime about 80 community development projects, which will help us to [improve service to] users with mental health problems who come from Black and minority ethnic groups...

NIMHE is organized in 8 regional offices, and each office is linked directly with local communities, trusts, NGOs and service users. This allows NIMHE to organize its contribution to implementing the NSF-MH and its technical assistance programs around a community integration approach.

Moreover, the NSF-MH directed each area to create a local implementation team (LIT) comprising representatives from service users, carers, local authority departments, Primary Care Groups, NHS Trusts and Health Authorities with a mandate to develop a local implementation plan. Initially, 126 LITs were established, and some have worked better than others. Ms. Richardson told the Committee that,

The LITs have been absolutely essential to such changes as we have been able to secure. I do not want to create a falsely positive picture because we have an enormously long way to go. We are nearly five years into this program and we have made significant change but there is a long way to go. The LITs have been essential for that and it is terribly important in thinking about the whole of the reform program to get that infrastructure right, from the beginning.

In addition, the Government has since issued a detailed *Policy Implementation Guide* in support of the NSF-MH (2001), and published proposals for reforming the Mental Health Act (2002).

Despite many positive responses to the NSF-MH, some have been concerned that the resources provided were inadequate for the tasks ahead, while others have felt that the NSF-MH did not acknowledge the current debate about the medical versus social models of mental health. These critics saw the way that the NSF-MH referred to mental health problems as 'mental illness' as reflecting a failure to see users and survivors as people who have strengths as well as problems. Despite the various criticisms, for most commentators the NSF-MH has nonetheless given cause for optimism about the future of mental health services in the UK.

3.2 COSTS AND FUNDING OF MENTAL HEALTH SERVICES

A report issued in June 2004 by the Mental Health and Social Exclusion Unit under the Office of the Deputy Prime Minister provides the following figures on costs associated with mental illness in England:

- The overall costs of mental health problems in England are estimated to be £77.4 billion annually. The impact on quality of life, including premature mortality, accounted for well over half that figure.
- Output losses associated with missed employment opportunities were estimated at over £23 billion per year.
- The economic costs of suicide are estimated to be in the region of £5.3 billion.

In terms of spending, the Secretary of State for Health told the Parliamentary Select Committee on Health in 2000 that mental health services accounted for around 12% of the total hospital and community health services budget. Ms. Richardson indicated to the Committee that in 2001-02 this figure had risen to 13%. At the same time, she insisted that it was important to recognize that

Hospital and community health service expenditure is only a portion of the money that is spent on mental health. We also have social care spending, which goes down a separate route to local government for social services, education services and the like.

In this regard, an estimate made by the Sainsbury Centre for Mental Health¹⁶ (2003) suggested that about 80 per cent of total spending on mental health services is funded by the NHS. Of the remainder, 15 per cent comes from the social services budgets of local authorities, 3 per cent is covered by the Mental Health Grant (a ring-fenced grant for mental health services made available to local authorities by central government) and the balance comes from other sources, including user charges.

The Sainsbury Centre also estimated that around 75 per cent of total expenditure on mental health services corresponds to the direct costs of service provision (mainly staff costs), while the remaining 25 per cent is accounted for by indirect costs, overheads and capital charges.

As noted earlier, the NHS Plan envisaged increasing funding for mental health in order to pay for an expansion of services. In its report on mental health spending, the Sainsbury Centre calculated that cash spending on adult mental health services (NHS and local authority combined) increased by 7.1 per cent in 2002/03, and is planned to rise by 6.3 per cent in 2003/04. In both years, however, their analysis indicates that growth in expenditure on mental health services is significantly slower than the growth in overall spending on health and social care. This means that, adjusting for the effects of pay and price rises,

¹⁶ The Sainsbury Centre for Mental Health (SCMH) is a charity that works to improve the quality of life for people with severe mental health problems. It carries out research, development and training work to influence policy and practice in health and social care. The SCMH is affiliated to the Institute of Psychiatry at King's College, London. Its work is highly respected world-wide.

expenditure on mental health services will increase at less than half the rate of total spending on the NHS and social services over the two years 2002/03 and 2003/04.

The Sainsbury Centre thus concluded that despite its status as a priority service, the share allocated to mental health in NHS and social service budgets is falling. It notes that the rise in spending is also well below the average rate of increase of 11.5% per annum that is required to implement the National Service Framework for Mental Health in line with the Government's timetable. According to them, if the timetable is to be met, annual cash expenditure on mental health services would need to increase at nearly double the rate recorded in 2002/03 and 2003/04.

While they observe that there are local differences in spending patterns, the Sainsbury Centre concludes that these should not be allowed to obscure the "single most important finding" of their study, which is that at the national level current expenditure trends imply a widening gap between promise and performance in the delivery of better mental health services. In their view, decision makers are faced with a clear choice: either scale back the reform agenda or ensure that mental health gets more resources.

However, in her testimony to the Committee Ms. Richardson stated:

I think I have to challenge robustly the perception that there has not been an increase in resources for mental health in association with the national service framework. As I think I said earlier, the NHS plan set out how an additional £330 million over and above baseline would be invested in the NHS in order to fast-forward the national service framework by 2003-04.

She also pointed out that:

Our evidence supports the fact that that money did go into mental health services. We know that up to April last year an additional £262 million was spent on mental health over and above the baseline figure for 2001.

At the local level, however, there are additional challenges posed by the new ways in which funds are now directed to local needs. As noted earlier, locally run Primary Care Trusts (PCTs) now receive NHS funding directly from central government rather than through Health Authorities. PCTs are responsible for allocating these funds between different health services, including services for mental health, and also for setting local priorities for the future development of services. PCTs are the major source of funding for mental health care and in theory can redirect resources between services and providers according to local priorities.

A recent study was conducted by the King's Fund on mental health services in London (2003). It noted that although responsibility for commissioning most mental health services has now passed from health authorities to PCTs, "most PCTs appear to have been unable to devote as much time to mental health commissioning as might be expected from the size of their budgets, or as required, given the state of development of mental health services." The

Sainsbury Centre surveyed the Local Implementation Teams (LITs) that are responsible for putting the mental health reforms into practice. Overall, their analysis suggested that 58 per cent of LITs think that funding in 2003/04 is unlikely, on balance or otherwise, to be sufficient to maintain baseline services and deliver the Government's reform programme, while 42 per cent took a more optimistic view. Evidence from Local Delivery Plans, covering the three years to 2005/06, also indicates that there is likely to be under-performance against national targets and policy objectives.

More generally, mental health budgets are being squeezed as a result of a number of pressures. The most important of these are staff shortages (leading to high levels of spending on costly forms of temporary staffing), the rapid growth of prescribing costs and the requirement to pay off inherited debts. For example, the Sainsbury Centre gave an illustration of an extreme budget overrun: a trust in the south of England reported overspending £145,000 on advertising for staff and £1,672,000 on medical locums.

A report prepared for the Mental Health Providers Forum (MHPF) in 2002 estimates that expenditure on and by the voluntary sector in providing mental health services corresponds to about 10 per cent of public expenditure on mental health. The combined income of MHPF members in 2001/02 was £320 million, much of which was received from the NHS and local authorities for mental health services provided on a contractual basis. Residential care was the largest area of contracted activity with 69 per cent of total spending, followed by community services (23 per cent). The balance of expenditure went on a range of services including information, advocacy, research, campaigning, training and support for caregivers.

3.3 SERVICE DELIVERY AND ORGANIZATION

The modernization of mental health services in the UK is taking place within the context of significant organizational change. Within the public sector, the main organizational change of recent years has been the emergence of specialist mental health trusts, many of which are still in the process of being developed as a number of different agencies are amalgamated to create a single provider responsible for the broad spectrum of mental health services within each locality. Some of these providers have been set up as health and social care trusts, with unified budgets combining health and social service funding as well as common staffing and premises.

The development of these specialist mental health trusts is a new phenomenon, the majority having come into existence in April 2002. They replace an array of services that had previously been provided and managed by acute trusts, community trusts and some specialist mental health trusts. Mental health trusts vary across a range of dimensions, including: the size of their overall budgets, numbers of staff employed, numbers of inpatient beds, numbers of sites for delivering services and the range of geographical areas covered.

They also vary in terms of the range of client groups served. Many cater to people with learning difficulties. Most provide services for older people and for children and adolescents as well as for adults of working age. Increasingly, trusts may also provide "home treatment" or "crisis services", which aim to care for individuals experiencing acute mental distress to enable them to remain in the community, usually at home, instead of becoming hospital in-

patients. The NHS trusts providing general mental health services often also have access to a locked ward, or intensive care ward, where patients who need a higher level of physical security, or greater staff input than is possible on acute wards, can be cared for.

Both the Royal College of Nursing and the Royal College of Psychiatrists argued in their testimony to a Select Parliamentary Committee in 2000 that good quality community care is only possible if patients also have access to good quality in-patient care. The Select Committee received evidence from a variety of witnesses that indicated that much in-patient care was still of low quality. The Select Committee referred to a study by the Sainsbury Centre which suggested that the pressures on acute beds were so great that the environment was positively "untherapeutic", that services lacked clear goals, and links with community services were poor. The Mental Health Foundation similarly suggested to the Committee that the "real weakness" in the mental health service at present was to be found in acute wards.

A substantial proportion of mental health services are also provided in primary care settings. The Report on Mental Health and Social Exclusion indicated that "approximately nine out of ten adults with mental health problems, and one quarter with severe mental health problems receive all their support from primary care," and that "around 30 per cent of GP consultations concern mental health problems, usually depression, eating disorders and anxiety disorders."

At the same time, Ms. Richardson indicated that "it is fair to say that we have not had a formal strategy for the integration of primary and secondary care." However, she did inform the Committee about a particular initiative designed to improve the delivery of services at the primary care level. The NHS plan of 2000 set a target to develop 1,000 new graduate primary care mental health workers by December 2004, in order to help GPs manage and treat people of all ages with common mental health problems. In Ms. Richardson's terms, "the graduate worker is a new breed of worker." She described the program as follows:

...we had a group of able [university] graduates in our system who wanted to work in the NHS who could be trained, so the evidence suggested, to deliver brief, effective evidence-based treatments in primary care for people with common disorders... we set up 12 new programs of education and training across England to provide them with one year of post-graduate certificate level training offered on a day-release basis.

Our graduate workers, thus far, tend to have qualifications in social sciences or psychology and are not nurses. That additional one year of post-graduate training qualifies them to deliver the kind of self-help, the information dissemination, and some of the brief effective cognitive behavioural treatments for people with common disorders.

The NHS Plan also contained a number of other specific targets, including the creation of an additional 50 assertive outreach teams. According to Ms. Richardson, this goal has been met. She told the Committee that an assertive outreach team

...is a small multidisciplinary team consisting of anywhere between 9 to 15 staff. Their aim is to focus particularly on the estimated 1,500 people who are in the mental health service system with a severe mental illness and who are at particular risk of falling out of contact with services or of disengaging with their key workers.

The assertive outreach team would start its work after a period of admission. Let us say, typically, a service user would have an admission to a psychiatric hospital, have a period of treatment and get a care plan. The assertive outreach team would follow up, as the name suggests, quite assertively. They would visit the person at home; if the person missed an appointment, they would chase it up. They might see the service user, the patient, in the place of his or her choosing. We know assertive outreach teams that work in the local launderette, and they will be trying to help ensure that the service user sticks with the care plan and does not fall out of contact.

In addition to the major service providing agencies, there is usually a range of independent providers in most localities. Quite often these are voluntary sector agencies that are part of national bodies. The private sector can also be part of the local scene, most notably as providers of secure and special needs accommodation. As well, there are private landlords who have specialized in providing accommodation for people with mental health needs in certain areas.

3.3.1 Human Resources

There remain many serious problems across the UK with the recruitment and retention of mental health staff. Significant staffing shortages, primarily of psychiatrists and inpatient nurses, continue to have a major impact on clinical leadership and the quality of care. As noted earlier, problems recruiting and retaining staff lead to a high use of temp and agency staff. However, local experience varies, depending on working conditions, recruitment strategies and the attraction of particular organisations and localities.

In 2000, the Secretary of State for Health testified to a Parliamentary Committee that there were shortages of nurses, psychiatrists “and other specialist staff,” but he also noted that the picture varied at both local and regional level and that the figure for nursing vacancies in mental health nursing (2.1%) was actually below the general nursing figure (2.6%). The Royal College of Psychiatrists estimated in its testimony to the Committee that there is “an average of something like 15 per cent consultant psychiatric vacancy across the country.”

A study conducted by the Commission for Health Improvement (CHI) in 2003 indicated that many permanent staff are working excessive hours. At the same time, CHI was impressed by the commitment and dedication of clinical, non clinical and care staff to providing high quality care to service users across the sector, despite the fact that many staff work under considerable pressure in difficult environments.

3.3.2 Services to Minorities

The Report on Mental Health and Social Exclusion indicated that in the UK:

- People from ethnic minority groups are six times more likely to be detained under the Mental Health Act than white people;
- Rates of diagnosed psychotic disorders are estimated twice as high among African Caribbean people than white people, although they are three to five times more likely to be diagnosed and admitted to hospital for schizophrenia;
- South Asian women born in India and East Africa have a 40 per cent higher suicide rate than those born in England and Wales.

Statistical evidence presented to the Select Committee on Health in 2000 by the British Psychological Society also pointed to the tendency of ethnic minority patients to access services later, when they are more severely ill and more likely to be detained. Other evidence given to the Select Committee indicated that the services offered to visible minorities are often “inappropriate or insensitive.” Some minority groups are also under-represented in services. It was pointed out to the Select Committee that women from South Asian communities, for example, make below-average use of formal mental health services and have an above-average suicide rate.

The reasons put forward by witnesses to the Select Committee as to why ethnic minority use of mental health services is significantly different from that of white patients fell into two broad categories: the inappropriateness of services and a failure by service providers to understand the needs of ethnic minority patients. The Select Committee expressed concern that despite the fact that these problems have been recognized for some years, change remains slow in coming.

3.4 PROMOTION AND PREVENTION

3.4.1 Countering Stigma and Discrimination

As noted above, the National Service Framework for Mental Health (Standard One) aims to ensure that health and social services promote mental health and reduce discrimination and social exclusion. Ms Richardson told the Committee that the Government began

in March 2001 by launching a national campaign called ‘Mindout for Mental Health.’ That campaign was aimed at tackling the stigma and discrimination faced by people with mental health problems. It was designed to support their social inclusion.

This campaign lasted for three years and concluded in March 2004. One of the positive features of the ‘Mindout’ campaign that was identified in the report on Mental Health and Social Exclusion was its use of an ‘Ambassador Bureau,’ composed of more than 40 people with experience of mental health problems who were trained to speak to the media and

employers about their experiences. Evaluation found that ambassadors were perceived to make the campaign ‘human and personal’, and that hearing first-hand about mental health problems challenged misconceptions.

Another anti-stigma effort, the five-year ‘Changing Minds’ campaign organized by the Royal College of Psychiatrists’ ended in late 2003. Ongoing campaigning work is also being pursued by number of voluntary organizations. Within governmental structures, the National Institute for Mental Health in England (NIMHE) has lead responsibility for tackling stigma and discrimination around mental health problems.

While there has thus been considerable effort to tackle stigma in England, the report on Mental Health and Social Exclusion notes that “this has not always been well co-ordinated, and has focused on education and awareness rather than achieving behavioural change.” The report concluded that “two key lessons from the ‘Mindout’ campaign were the need for longer-term funding strategies and robust evaluation.” It further cited a literature review of international work that had been commissioned by NIMHE that found that average spending on mental health awareness in England is lower and more short-term than in countries with more successful programmes (see table below). Thus while the report identified stigma and discrimination as being “the greatest barriers to social inclusion for people with mental health problems,” it also concluded that “despite a number of campaigns, there has been no significant change in attitudes.”

INTERNATIONAL SPENDING ON MENTAL HEALTH CAMPAIGNS PER HEAD OF THE GENERAL POPULATION*	
Mindout for mental health	1.44 pence
See Me, Scotland**	13 pence
Like Minds, Like Mine, New Zealand	\$NZ1 (approx 36 pence)

* Figures are an approximation of overall spending divided by population, with annual spending averaged over the campaign. Each British pound is made up of 100 pence and is worth approximately CA\$2.43.

** See box at next page.

The new strategy outlined in the report to combat stigma and discrimination is therefore based on the recognition that dealing with mental health problems requires more than a medical solution. In particular, the report argues that a positive response on the part of society to accommodate people’s individual needs and to promote mental well-being is needed. To accomplish this, it sets out a 27-point action plan to bring together the work of government departments and other organizations in a concerted effort to challenge attitudes, enable people to fulfill their aspirations, and improve opportunities and outcomes for this excluded group.

SEE ME CAMPAIGN, SCOTLAND

See Me is an anti-stigma campaign run by an alliance of five Scottish mental health organisations and supported by the Scottish Executive. The campaign is a major part of the National Programme for Improving Mental Health and Well-being. It was launched in October 2002, and has almost £3 million of funding over four years (to 2005-06). It has been developed through extensive consultation with people with experience of mental health issues. The campaign works on a national level, underpinned by local activities. It uses multimedia advertising, supported by people with mental health problems trained to speak to the media. *See Me* includes a 'stigma stopwatch' that encourages people to respond to discriminating attitudes and language in the media. Recognition of the campaign has been maintained at 28 per cent.

The plan includes a programme to challenge negative attitudes and promote awareness of people's rights. This new anti-stigma programme is backed by a £1.1 million investment from the Department of Health and additional funding has been made available through other government departments. It will be led by NIMHE and, according to the Report, the programme will:

- be based on international evidence of what works, and learn from previous mental health and health promotion campaigns;
- target key audiences, in particular employers, young people and the media;
- deliver consistent, tested messages under a single brand;
- promote the positive contribution that people with mental health problems can make to society;
- have sustained funding to plan ahead;
- address issues of ethnicity and gender;
- provide a framework and materials to support local campaign work, targeting in particular issues facing deprived neighbourhoods;
- be clearly evaluated by a regular survey.

3.4.2 Suicide Prevention

There has been a National Suicide Prevention Strategy for England in place since 2002. It was developed to implement the target of reducing the death rate from suicide and undetermined injury by at least a fifth by the year 2010 that had been set out by the Government in a 1999 White Paper, *Saving Lives: Our Healthier Nation*.

The plan is seen as an on-going, co-ordinated set of activities that strives to be to be comprehensive, evidence-based, specific and subject to evaluation. It will be delivered as one of the core programmes of the National Institute for Mental Health in England (NIMHE). The plan sets six goals, each of which further embrace a number of more specific objectives. These goals, followed by the objectives, are listed in the box below.

Ms Richardson told the Committee that the strategy would appear to be bearing fruit:

The first report of progress with the strategy was published last year. There are encouraging signs that the rate of death by suicide is falling. The data for the last two years show the lowest rate yet. The three-year average for 2000-2002 was the lowest rate yet compared with the baseline that we set in 1995. Currently the rate is 8.9 deaths per 100,000 population. That compares moderately favourably with the European rate, which I think was 8.8 at last count.

NATIONAL SUICIDE PREVENTION STRATEGY FOR ENGLAND

GOAL 1 To reduce risk in key high risk groups.

- Reduce the number of suicides by people who are currently or have recently been in contact with mental health services.
- Reduce the number of suicides in the year following deliberate self-harm.
- Reduce the number of suicides by young men.
- Reduce the number of suicides by prisoners.
- Reduce the number of suicides by high risk occupational groups.

GOAL 2 To promote mental well-being in the wider population.

- Promote the mental health of socially excluded and deprived groups.
- Promote mental health among people from black and ethnic minority groups, including Asian women.
- Promote the mental health of people who misuse drugs and/or alcohol.
- Promote the mental health of victims and survivors of abuse, including child sexual abuse.
- Promote mental health among children and young people (aged under 18 years).
- Promote mental health among women during and after pregnancy.
- Promote mental health among older people.
- Promote the mental health of those bereaved by suicide.

- | | |
|---------------|--|
| GOAL 3 | To reduce the availability and lethality of suicide methods. <ul style="list-style-type: none"> • Reduce the number of suicides as a result of hanging and strangulation. • Reduce the number of suicides as a result of self-poisoning. • Reduce the number of suicides as a result of motor vehicle exhaust gas. • Reduce the number of suicides on the railways. • Reduce the number of suicides as a result of jumping from high places. • Reduce the number of suicides using firearms. |
| GOAL 4 | To improve the reporting of suicidal behaviour in the media. <ul style="list-style-type: none"> • Promote the responsible representation of suicidal behaviour in the media. |
| GOAL 5 | To promote research on suicide and suicide prevention. <ul style="list-style-type: none"> • Improve research evidence on suicide prevention. • Disseminate existing evidence on suicide prevention. |
| GOAL 6 | To improve monitoring of progress towards the <i>Saving Lives: Our Healthier Nation</i> target for reducing suicide. <ul style="list-style-type: none"> • Monitor suicide statistics relevant to the goals and objectives in the strategy. • Evaluate the national suicide prevention strategy. |

3.5 PROSPECTS FOR FUTURE REFORM

Mental health services are now almost half way into the ambitious 10 year programme outlined in the National Service Framework (NSF), and much progress has been made. However, concerns remain about whether the goals that it set out will be fully met. For example, in 2000, the Commons Select Committee on Health described the system as a "patchwork quilt", with enormous variations in both standards of service and methods of service delivery around the country. In 2003, the Commission for Health improvement concluded that the historical legacy of the neglect of mental health services had still not been overcome.

Both the direction of reform and the concrete implementation of changes to the organization and delivery of services remain the subject of debate. Concerns have been expressed in recent reports over the priority accorded to mental health within the overall health system and over the implementation of the commissioning process for mental health services. More emphasis is seen as being given to the acute sector, particularly to reducing waiting times and extending patient choice, leaving the NSF and NHS Plan targets for mental health relatively low on the list of priorities.

Challenges also remain in the devolution of the commissioning of mental health services to local trusts so that the full benefits of this shift can be reaped. In particular, the dilution of expertise across a large number of commissioners has been identified as a potential source of problems. In spite of the positive developments associated with commissioning, there are commentators who have argued that the effectiveness of commissioning has a long way to go; and in the mental health field, commissioning seems particularly patchy and under-developed.

In its recent report, the Sainsbury Centre painted a picture of a system that is under a range of pressures which — taken together — in their eyes raise questions about the deliverability of the Government's reform agenda. They noted that it remains the case that the finances of many mental health providers are in a precarious state. At the same time, witnesses indicated to the Committee that the Government was committed to mental health reform and to making the necessary resources available.

3.6 COMMITTEE COMMENTARY

The Committee was very impressed by the scale of the planning that has taken place in England since the introduction of the National Service Framework for Mental Health in 1999, in particular the 10-year planning horizon and the detailed standards for service delivery that it sets out.

The Committee was also struck by the importance of the Local Implementation Teams that were established in order to translate and adapt the framework to local conditions, as well as by the emergence of mental health trusts that are designed to create a single local provider of mental health services. In the same vein, the Committee was impressed by the creation of a separate implementation arm, the National Institute for Mental Health in England, whose tasks include assisting in training, disseminating expertise and propagating best practices.

In general, the Committee noted the enormous challenge that confronts government in funding and organizing reform in the mental health sector. The Committee was further impressed by the careful attention paid to the assessment of the implementation of mental health reform both by governmental agencies and by non-governmental organizations in England.

It would also seem possible to conclude from recent experience in England that human resource shortages have the potential to engender serious short term financial consequences throughout the system, as well as to pose a threat to the realization of reform plans. In this regard, the training of graduate mental health workers to assist in the delivery of services at the primary care level struck the Committee as an important initiative.

Finally, the Committee was impressed by the ongoing commitment to fight stigma and discrimination that confront people living with mental health disorders, and, in particular by the scope of the initiatives announced in the report on Mental Health and Social Exclusion in June 2004. The UK experience also shows, however, that changing attitudes is no simple matter, and that adequate resources as well as perseverance are required. The Committee

noted as well that there are recent indications that mental health promotion and suicide prevention have contributed to declining suicide rates in England.

CHAPTER 4: MENTAL HEALTH CARE IN THE UNITED STATES¹⁷

4.1 HISTORY AND OVERVIEW

The American health care system is unique in the extent to which it relies on the private sector both to provide health care coverage and deliver health services. Private sources account for 55% of health care financing, made up of private health care insurance (33%), out-of-pocket payments made by individuals under both public and private plans (17%), and other sources (5%). The majority of Americans receive their private insurance coverage through employer-sponsored plans.

The federal government contributes approximately 33% of total health care spending, with state and local governments paying the remaining 12%. The national government of the United States is responsible for administering and operating Medicare, which provides health care insurance for the elderly. Jointly with the states, it finances Medicaid for the poor and the State Children's Health Insurance Program (SCHIP) for children. Overall, public health care insurance covers about 24% of the population in the United States.

Medicare is a federal health care insurance plan for people 65 years of age and over, some people with disabilities under 65, and people with end-stage renal disease. Medicaid is a joint federal and state means-tested health care insurance plan available to people with low income. The federal government pays from half to over 75% of the cost incurred by individual states in providing coverage for the poor, depending on the wealth of individual states. It also establishes national guidelines for Medicaid eligibility and services. However, each state administers its own program and sets the rate of payment for services. All states are held to minimum requirements for eligibility and for required services but, with federal agreement, they may expand eligibility or services provided. Medicaid programs therefore vary from state to state.

4.1.1 Mental Health

In the words of a recent report by the President's New Freedom Commission on Mental Health, the current mental health care system in the United States "is a patchwork relic," that

¹⁷ Unless otherwise indicated, the information in this document is drawn from the following sources: *Mental Health: A Report of the Surgeon General* (1999), in particular Chapter 6, "Organizing and Financing Mental Health Services"; U.S. Department of Health and Human Services, *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action* (2001); The President's New Freedom Commission on Mental Health *Final Report* (July, 2003) and *Interim Report* (October, 2002); Tanner, Jane "Mental Illness Medication Debate," *The CQ Researcher*, Feb. 6, 2004, pp. 109-118; Cunningham, Robert "The Mental Health Commission Tackles Fragmented Services: An Interview With Michael Hogan," *Health Affairs*, Web Exclusive, Sept. 9, 2003; Barry, Colleen L., and Jon R. Gabel, Richard G. Frank, Samantha Hawkins, Heidi H. Whitmore, and Jeremy D. Pickreign "Design Of Mental Health Benefits: Still Unequal After All These Years," *Health Affairs*, Vol. 22, No. 5, Sept.-Oct. 2003, pp. 127-37; Hogan, Michael F. "The President's New Freedom Commission: Recommendations to Transform Mental Health Care in America," *Psychiatric Services*, Vol. 54, No. 11, Nov. 2003, pp. 1467-1474; Mechanic, David and Scott Bilder, "Treatment Of People With Mental Illness: A Decade-Long Perspective," *Health Affairs*, Vol. 23, Number 4, July/August 2004.

is in need of “dramatic reform” because it “does *not* adequately serve millions of people who need care.” Analysts agree that the American mental health services system defies easy description. In fact, the Report of the Commission insists that “the reality is that the mental health system looks more like a maze than a coordinated system of care.”

Mental disorders and mental health problems in the United States are treated by a variety of caregivers who work in diverse, relatively independent, and loosely coordinated facilities and services—both public and private—that researchers refer to, collectively, as the de facto mental health service system. These programs exist at every level of government and throughout the private sector and have varying missions, settings, and financing.

About 15 percent of all adults and 21 percent of U.S. children and adolescents use services in the de facto system each year. The system is usually described as having four major components or sectors:

- The specialty mental health sector consisting of mental health professionals such as psychiatrists, psychologists, psychiatric nurses, and psychiatric social workers who are trained specifically to treat people with mental disorders.
- The general medical/primary care sector consisting of health care professionals such as family physicians, general internists, paediatricians, and nurse practitioners in office-based practice, clinics, acute medical/surgical hospitals, and nursing homes.
- The human services sector consists of social services, school-based counselling services, residential rehabilitation services, vocational rehabilitation, criminal justice/prison-based services, and religious professional counsellors.
- The voluntary support network sector, which consists of self-help groups, such as 12-step programs and peer counsellors, is a rapidly growing component of the mental and addictive disorder treatment system.

The de facto mental health service system is also divided into public and private sectors. The term “public sector” in this context refers both to services directly operated by government agencies (e.g., state and county mental hospitals) and to services financed with government resources (e.g., Medicaid, and Medicare). Publicly financed services may be provided by private organizations. The term “private sector” refers both to services directly operated by private agencies and to services financed with private resources (e.g., employer-provided insurance).

Most Americans (84 percent) have some sort of insurance coverage—primarily private insurance obtained through the workplace. However, its adequacy for mental health care is extremely variable across types of plans and sponsors. The public sector serves those individuals with no health insurance, those who have insurance but no mental health coverage, and those who exhaust limited mental health benefits in their health insurance.

Each sector of the de facto mental health service system has different patterns and types of care and different patterns of funding. According to the President’s Commission, the causes of the fragmentation of the existing system are not a lack of commitment and skill on the part of those who deliver care, but rather stem from underlying structural, financing, and

organizational problems, whose roots go back to the 1950s when the move away from care in institutions to care in communities began.

De-institutionalization was motivated by reformers' desire to bring services to people in their communities, but its unintended consequence was that responsibility became scattered across levels of government and across multiple agencies. The shift began under President Dwight D. Eisenhower, but it got a big push when President John F. Kennedy signed the Community Mental Health Centers Construction Act in 1963. It set up a funding stream for local programs, with a goal of cutting state mental hospital populations by half.

This goal was far exceeded: only 40,000 hospital beds exist today for the mentally ill, compared with some 550,000 in 1955. However, goals for developing community mental health centers did not fare as well. Only about half the intended centers were initiated and federal funding covered only the seven-year start-up period. In 1981, the mental health centers program was replaced with a block grant for mental health.

But communities did not embrace the psychiatric patients who were thrust into their neighborhoods, and most of the money saved by closing state hospitals was not put back into community programs. "Jails and prisons have become the new institutions for many with severe mental disorders, with many others left to fend for themselves as homeless street people," Darrel A. Regier, director of research at the American Psychiatric Association, told the federal mental health commission.

At the same time, Mr. William Emmet, the co-ordinator for the U.S. Campaign for Mental Health Reform, told the Committee that:

In many ways, deinstitutionalization was a great success. There were many people who did not belong in the institutions, and they did leave and start living productive lives — or at least far better lives than they had in the institutions. The problem over time has been that people who formerly would have gone to institutions have not been able necessarily to get the services they need.

And Michael Hogan, the Chair of the President's Commission on Mental Health, added in his testimony before the Committee:

None of us in the field would argue for a minute that we ought to go back. The system of institutions failed to touch most people. Those whom it did touch were confined very expensively and they did not get better. They received "three hots, a cot and health care," but they were never able to get a life. We cannot go back to that situation but we have not yet solved the problem of creating a care system that is well organized and robust enough to do a good job.

Two years after President Kennedy's speech, Medicare and Medicaid were created. Over the years, states increasingly used Medicaid to pay for mental health care. This has led to Medicaid becoming the nation's largest purchaser of mental health care. Critics say that

states moved mental health care into Medicaid simply because the federal government picks up half the tab in a matching contribution, and pays up to 75 percent in poorer states.

The introduction of Medicaid also contributed to the decline of state-run psychiatric hospitals in three ways. First, Medicaid did not reimburse most care provided in these settings. Second, it did pay for acute care in psychiatric units of general hospitals, which became a preferred location for short term treatment. Finally, Medicaid paid for care in nursing homes and much of the decline in the use of state psychiatric hospitals is attributable to the transfer of elderly patients from state hospitals to nursing homes.

Within the framework of the American health care system, mental health care is unique because there are state- and county-administered care systems specifically for a category of illness. The Federal government now pays for most services for people with a serious mental illness, while responsibility for providing them rests with states and localities. However, most Federal resources are in mainstream programs (e.g., Medicaid, Medicare, Vocational Rehabilitation, housing) that are not always tailored to the specific requirements of mental health care and are usually administered by different state agencies. This often leaves consumers and families struggling to find appropriate services.

Moreover, because the provision of mental health care services has now been devolved to fifty states and hundreds of counties and local communities, there is considerable variability in the availability of these services. As Mr. Hogan put it in an interview, “if you’ve seen one state, you’ve seen one state.”

Major changes have also occurred recently in the private sector, especially with the advent in the 1990s of managed care as the predominant way of organizing private insurance coverage.

4.2 COSTS AND FUNDING OF MENTAL HEALTH SERVICES

4.2.1 The Costs of Mental Illness in the United States

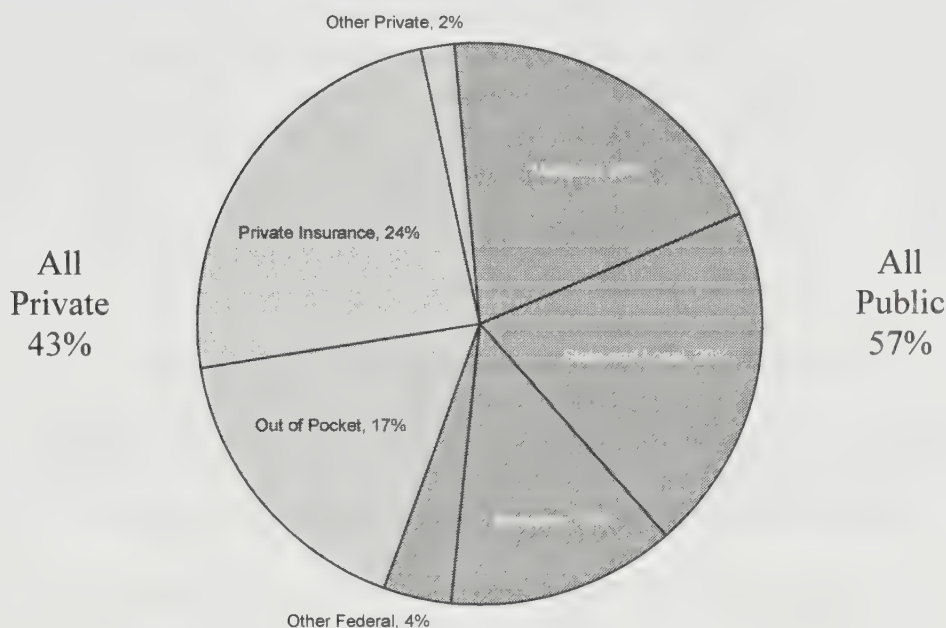
There are both direct and indirect costs of mental illness to the economy. The *indirect costs* of all mental illness imposed a nearly \$79 billion loss on the U.S. economy in 1990. Most of that amount (\$63 billion) reflects the loss of productivity because of illness. But indirect costs also include almost \$12 billion in mortality costs (lost productivity due to premature death), and almost \$4 billion in productivity losses for incarcerated individuals and for the time of individuals providing family care.

In 1996, the United States spent more than \$99 billion for the *direct* treatment of mental disorders, as well as substance abuse, and Alzheimer’s disease and other dementias. Of this, \$69 billion was spent in 1996 for diagnosis and treatment of mental illness alone, representing 7% of total health care spending that year. More than 70% of direct mental health spending was for the services of specialty providers, with most of the remainder for general medical services providers.

In 1997, all public sources accounted for 57% of mental health spending, with all private sources covering the remaining 43% (Figure 1). Between 1986 and 1996, mental health expenditures grew at an average annual growth rate of more than 7 percent, compared with

overall rate for health care of more than 8 percent. According to the U.S. Surgeon General, this difference may stem from the greater reliance of mental health services on managed care cost-containment methods during this period. Among the fastest-rising expenses for mental health services were outpatient prescription drugs, which account for about 9 percent of total mental health direct costs.

DISTRIBUTION OF PUBLIC AND PRIVATE MENTAL HEALTH EXPENDITURES, 1997



4.2.2 Publicly Funded Mental Health Insurance

During the past two decades there have been important shifts in who pays for mental health care in the United States. The role of individual states in the direct funding of mental health care has been reduced, whereas Medicaid funding of mental health care has grown in relative importance. This is in part due to substantial funding offered to the states by the Federal government. However, Mr. Emmet noted that, “as a medical entitlement program [Medicaid] covers only certain approved services... and it requires matching contributions from the states that are increasingly difficult for the states to make in these tight budgetary times.” One consequence of this shift is that Medicaid is now the largest payer of mental health services in the country and it has therefore become very influential in shaping the delivery of mental health care. Private insurance coverage has played a somewhat more limited role in mental health financing in recent years.

Some Federal funding is directed specifically to mental health programs. One such program, the Community Mental Health Services Block Grant, funded by the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) through the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), provides funding to the States and territories. It totaled

approximately \$433 million in 2002, but this amounted to less than 3% of the revenues of the State agencies involved.

In fact, larger Federal programs that are not focused on mental health care play a much more substantial role in the financing of mental health services. For example, through Medicare and Medicaid programs alone, HHS spends nearly \$24 billion each year on beneficiaries' mental health care (a figure which does not include the state share of Medicaid). Moreover, the largest Federal program that supports people with mental illnesses is not a health services program but rather income support programs run by the Social Security Administration — Supplemental Security Income (SSI) and Social Security Disability Income (SSDI).

Escalating costs, especially for prescription drugs, have placed significant pressure on both individuals and states. In 2002, 25 states spent more money for Medicaid services than they had budgeted, and 28 expected to fall short when 2003 figures were tallied, according to the National Association of State Budget Officers. The federal government stepped in with a one-time infusion of extra cash for state Medicaid programs — a total of \$10 billion paid out last year and this year. Between 1990 and 2000, Medicaid prescription costs rose fourfold — from \$5.1 billion to \$20.9 billion, according to the federal Center for Medicare and Medicaid Services.

4.2.3 Private Mental Health Insurance

As noted above, most Americans (84 percent) have some sort of insurance coverage—primarily private insurance obtained through the workplace. However, its adequacy for mental health care is extremely variable across types of plans and sponsors.

4.2.3.1 Basic Elements Of Private Mental Health Insurance Coverage

Historically, mental health coverage has been more limited than coverage for other medical services. Health plans have tended to require higher co-payments and to set more stringent limits on inpatient hospital days and outpatient visits for mental health treatment. Plans have also limited mental health coverage through the use of annual and lifetime dollar limits. Many have seen these restrictions as a reflection of the stigmatization of mental illness which remains a serious barrier to the provision of adequate care.

In recent years, legislation regulating insurance and fundamental changes in the delivery of mental health services have altered the environment in which mental health coverage is bought and sold. Parity legislation that has been introduced in the Congress and many state legislatures aims to eliminate the difference in insurance coverage for mental health care and other medical conditions. However, to date efforts to attain parity have had an uneven fate, with Congress, for example, not yet having passed such legislation.

Likewise, managed care has transformed the delivery of mental health care services over the past decade. Employers and health plans now frequently contract out administration of their mental health benefits to specialty managed behavioural health care organizations (MBHOs). These carve-outs use specialized expertise to manage utilization and to direct care to treatment in provider networks. Mental health is said to be the only sector of health care where managed care has successfully controlled costs.

A recent survey suggests that 98 percent of workers in the United States with employer-sponsored health insurance had coverage for mental health care in 2002. Ninety-six percent of covered workers had inpatient mental health coverage, while 98 percent had outpatient mental health coverage. From 1991 to 2002, the proportion of workers with some form of health insurance who were offered mental health benefits actually increased.

But although most workers with general health insurance were offered some coverage for mental health services in 2002, firms continued to place special limits on mental health benefits. As already noted, federal and state parity laws have been enacted in recent years in an effort to curb these insurance limitations. However, gaps in these federal and state parity laws have meant that differences in coverage between mental health and general medical benefits persist. Data indicates that 74 percent of covered workers were subject to an annual outpatient visit limit, and 64 percent were subject to an annual inpatient day limit. Although health plans have historically attempted to control costs by requiring that enrollees pay more at the point of service for mental health care compared with other medical services, a recent survey indicated that in 2002 only 22 percent of covered workers had higher cost sharing for mental health benefits

4.2.3.2 *Organization Of Private Mental Health Coverage*

Managed care has greatly altered the organization and delivery of mental health services. As noted earlier, firms increasingly opt to carve out the administration of mental health benefits to specialty companies. These organizations use specialized expertise to establish networks of providers, negotiate volume-related discount contracts, identify evidence-based treatment protocols, and develop other incentive programs to manage utilization and costs.

Health maintenance organizations were the first form of managed care. They initiated the practice of negotiating contracts to provide all medical services on a prepaid, per capita basis. Today, there exist a number of different types of managed care, such as Preferred Provider Organizations (PPOs — managed care plans that contract with networks of providers to supply services) and Point-of-Service plans (POS — managed care plans that combine features of capitated and fee-for-service insurance). As recently as 1988, insurance based on fee-for-service was the predominant method of financing health care, but managed care arrangements (HMO, PPO, or POS plans), now cover the majority of Americans.

In carve-out Managed Behavioral Health Care, segments of insurance risk—defined by service or disease—are isolated from overall insurance risk and covered in a separate contract between the payer (insurer or employer) and the carve-out vendor. Data suggest that about a third of people with employer sponsored health insurance were offered mental health care through carve-outs. Managed care has shown that it is able to reduce the cost of mental health services, but research is just beginning on whether managed care cost-reduction techniques affect access and quality.

There is concern that restrictive cost-containment strategies and various incentives to providers and facilities to reduce specialty referrals, hospital admissions, or length or amount of treatment may ultimately contribute to lowered access and quality of care. Mental health advocates have worried that strict benefit limitations expose people with serious mental illnesses to catastrophic expenses. Prior authorization constitutes an additional

organizational feature of managed behavioral health care. While it can encourage the use of evidence-based protocols by practitioners, prior authorization has also been used to control utilization. Prior authorization rules require physicians to obtain approval from a health plan or a carve-out prior to prescribing treatment. In 2002, half of all covered workers were required to obtain authorization prior to using outpatient specialty mental health services.

Despite the rise of managed care and behavioral health carve-outs, employees still carry a greater out-of-pocket cost burden for the use of mental health services in comparison with other illnesses. The one mental health benefit consistently on a par with general medical insurance is coverage for prescription drugs (although this may be because psychiatric medicines constitute one component of a package of Medicaid benefits and are not ‘carved out’). Outpatient psychotropic drugs now constitute the fastest-growing cost in mental health care. According to a recent study, prescription drug use grew from 22 percent of total mental health care spending in 1992 to 48 percent in 1999 among people with employer-based health insurance.

In summary, continued benefit limits combined with powerful managed care techniques to control utilization have contributed to reduced growth in mental health spending compared with health spending overall; however, they also could signal access problems. In this vein, Mr. Hogan remarked that,

... managed care, funded adequately and done well, seems to be the best approach. The trouble is, often it is not funded adequately in the States and, if it is done poorly, it becomes a disaster.

4.3 SERVICE DELIVERY AND ORGANIZATION

As noted earlier, the recent report by the President’s Commission on Mental Health concluded that the mental health service delivery system in the United States needs dramatic reform. While many consumers do receive effective treatments and services, many others do not, as they confront a system in which available services are fragmented, driven by complex financing rules and regulations, and restricted by bureaucratic boundaries. As Mr. Hogan told the Committee:

There is this paradox of how there are many more services now than there were a decade ago, and the people who are lucky enough to use them do well. However, the fact that there are all these services has made things much more complicated at the community level, so families do not know where to turn when a problem is emerging. That is the challenge of fragmentation.

The report by the President’s Commission suggested that many of these problems are due to the “layering on” of multiple, well-intentioned programs without overall direction, coordination, or consistency. Given this situation, consumers can often feel overwhelmed and bewildered when they must access and integrate mental health care, support services, and disability benefits across multiple, disconnected programs that span Federal, State, and local agencies, as well as the private sector. Recent reports concur that the system’s failings

lead to unnecessary and costly disability, homelessness, school failure, and incarceration. Mr. Hogan described the situation in the following terms:

The result has been this patchwork quilt where we have all these different federal agencies that have some responsibility for mental health care. They tend to work through the corresponding agency at the state level...The entities at the state level and then at the local level that are responsible for care are different bureaucracies and different systems, creating the situation where the person with mental illness and the family has to navigate what has become a terribly complicated system; and they must do this, by and large, when they are at their worst.

While many people are given good care and manage to recover, the reality, according to the Interim Report of the President's New Freedom Commission, is that about one out of every two people in the United States who needs mental health treatment does not receive it.¹⁸ Moreover, the individual who succeeds in accessing care may find that many treatments and services are simply unavailable, especially in rural areas. Also, the quality of care may be inadequate. A diagnosis may sometimes be missed, the dose of medication may be insufficient, or the length of treatment too short. For ethnic and racial minorities, the rate of treatment is even lower than that for the general population, and the quality of care is poorer.

At the same time, a recent article pointed out that there are areas where access to services in the United States is improving, in particular with regard to people suffering from serious mental illnesses (SMI). The authors, David Mechanic and Scott Bilder, write that:

The good news—contrary to frequent assertions in the mental health community as noted at the outset—is that access to care for people with SMI has improved, and there is evidence of progress even in the more proximate period between 1997 and 2001. People with SMI were more likely to receive mental health specialty services in 2001 than in 1997, but those with [other mental illnesses] and no mental illness each showed declines. Since the latter two populations are much larger than the population with SMI, these decreases in the aggregate may contribute to the perception that services are less available.

They also note that:

Similarly, numbers of mental health providers have risen dramatically. Although the supply of traditional providers such as psychiatrists and psychiatric nurses has increased only modestly, there have been larger increases in psychology and social work and very large increases in counseling and psychosocial rehabilitation. Patient care full-time-

¹⁸ Interim Report, p. 3.

equivalent (FTE) staff in mental health organizations increased from 347,000 in 1986 to 532,000 in 1998.

4.3.1 General/Primary Care

The general medical/primary care sector consists of health care professionals such as family physicians, general internists, paediatricians, and nurse practitioners in office-based practice, clinics, acute medical/surgical hospitals, and nursing homes. More than 6 percent of the adult U.S. population use the general medical sector for mental health care, with an average of about 4 visits per year. The general medical sector has long been identified as the initial point of contact for many adults with mental disorders, and about half of the care for common mental disorders is delivered in general medical settings. Primary care providers actually prescribe the majority of psychotropic drugs for both children and adults.

While primary care providers appear positioned to play a fundamental role in addressing mental illnesses, recent reports have pointed to ongoing challenges in the areas of identification, treatment, and referral. Despite their prevalence, mental disorders often go undiagnosed, untreated, or under-treated in primary care. Although the number identified is increasing, primary care providers' rates of recognition of mental health problems are still low, and referrals from primary care to specialty mental health treatment are often never completed.

4.3.2 Specialty Care

The specialty mental health sector consists of mental health professionals such as psychiatrists, psychologists, psychiatric nurses, and psychiatric social workers who are trained specifically to treat people with mental disorders. The great bulk of specialty treatment is now provided in outpatient settings such as private office-based practices or in private or public clinics. Most acute hospital care is now provided in special psychiatric units of general hospitals or beds scattered throughout general hospitals. Private psychiatric hospitals and residential treatment centres for children and adolescents provide additional intensive care in the private sector. Public sector facilities include state/county mental hospitals and multi-service mental health facilities, which often coordinate a wide range of outpatient, intensive case management, partial hospitalization, and inpatient services. Altogether, slightly less than 6 percent of the adult population and about 8 percent of children and adolescents (ages 9 to 17) use specialty mental health services in a year.

4.3.3 Human Services

The human services sector consists of social services, school-based counselling services, residential rehabilitation services, vocational rehabilitation, criminal justice/prison-based services, and religious professional counsellors. In the early 1980s, about 3 percent of U.S. adults used mental health services from this sector.

4.3.3.1 Employment

People with mental illnesses have one of the lowest rates of employment of any group with disabilities in the United States — only about 1 in 3 is employed. High unemployment

occurs despite surveys that show the majority of adults with serious mental illnesses want to work, and that many could work with help. Unfortunately, according to recent reports, most people with serious mental illnesses do not receive any vocational rehabilitation services at all.

Many consumers with serious mental illnesses continue to rely on Federal assistance payments in order to have health care coverage, even when they have a strong desire to be employed. They face a financial disincentive to achieve full employment because they would lose Federal benefits if they become employed. Since most jobs open to these individuals have no mental health care coverage (according to a large, eight-State study, only 8% of people with mental illnesses who succeeded in returning to full time jobs had mental health coverage), they must choose between employment and coverage. Consequently, they depend on a combination of disability income and Medicaid (or Medicare), all the while preferring work and independence. In fact, they are the largest cohort — 35 percent — of those receiving federal income-assistance checks through the Social Security program for the disabled, called Supplemental Security Income (SSI). In this regard, Mr. Hogan told the Committee that:

The biggest single expenditure attributable to mental illness in this country is disability payments for people who have become disabled by mental illness. We send them a cheque every month. It is not adequate enough to live on. Essentially we make a deal with them that they have to stay disabled in order to get that cheque, which is a terrible situation. If we were to provide better care to them and help them get a job — it might not be a full-time, 40-hour job — everybody would be much better off.

4.3.3.2 Housing

The lack of decent, safe, affordable, and integrated housing is one of the most significant barriers to full participation in community life for people with serious mental illnesses. Today, millions of people in the United States with serious mental illnesses lack housing that meets their needs. The shortage of affordable housing and accompanying support services causes people with serious mental illnesses to cycle among jails, institutions, shelters, and the streets; to remain unnecessarily in institutions; or to live in seriously substandard housing. People with serious mental illnesses also represent a large percentage of those who are repeatedly homeless or who are homeless for long periods of time.

Of the more than two million adults in the U.S. who have at least one episode of homelessness in a given year, 46% report having had a mental health problem within the previous year. A recent study shows that people who rely solely on SSI benefits — as many people with serious mental illnesses do — have incomes equal to only 18% of the median income in the United States and cannot afford decent housing in any of the 2,703 housing market areas defined by the U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD).

Federal public housing policies can make it difficult for people with poor tenant histories, substance use disorder problems, and criminal records — all problems common to many

people with serious mental illnesses — to qualify for housing assistance or public housing units.

4.3.3.3 Services For Incarcerated People

About 7% of all incarcerated people in the United States have a current serious mental illness; the proportion with a less serious form of mental illness is substantially higher. People with serious mental illnesses in the U.S. who come into contact with the criminal justice system are often:

- Poor
- Uninsured
- Disproportionately members of minority groups
- Homeless
- Living with co-occurring substance abuse and mental disorders.

They are likely to continually recycle through the mental health, substance abuse, and criminal justice systems.

When they are put in jail, people with mental illnesses frequently do not receive appropriate mental health services. Many lose their eligibility for income supports and health insurance benefits that they need to re-enter and re-integrate into the community after they are discharged.

4.3.3.4 Access To Services In Rural Areas

In rural and other geographically remote areas of the United States, many people with mental illnesses have inadequate access to care, limited availability of skilled care providers, lower family incomes, and greater social stigma for seeking mental health treatment than their urban counterparts. As a result, rural residents with mental health needs in the U.S.:

- Enter care later in the course of their disease than their urban peers
- Enter care with more serious, persistent, and disabling symptoms
- Require more expensive and intensive treatment response.

Compounding the problems of availability and access is the fact that rural Americans have lower family incomes and are less likely to have private health insurance benefits for mental health care than their urban counterparts. Moreover, while most big cities with medical schools have plenty of psychiatrists, smaller cities often do not have enough, and rural areas typically have none.

4.3.3.5 Services To Minorities

Recent reports indicate that the mental health system in the United States has not kept pace with the diverse needs of racial and ethnic minorities, often under-serving or inappropriately serving them. For instance, African Americans are more likely to be over-diagnosed for schizophrenia and under-diagnosed for depression. In general, reports indicate that the system has neglected to incorporate respect or understanding of the histories, traditions, beliefs, languages, and value systems of culturally diverse groups. Misunderstanding and misinterpreting behaviors have led to tragic consequences, including inappropriately placing minorities in the criminal and juvenile justice systems. In this regard, Mr. Emmet told the Committee:

In the United States, we are finding that specific communities — that is to say African Americans or the Latino- Hispanic population — really do not avail the public mental health system in great numbers. We know that there is a great deal of stigma involved. We do know, however, that they work through the churches and different community organizations to try to address their problems.

As a result, American Indians, Alaska Natives, African Americans, Asian Americans, Pacific Islanders, and Hispanic Americans tend to bear a disproportionately high burden of disability from mental disorders. This higher burden does not arise from a greater prevalence or severity of illnesses in these populations. Rather, according to recent reports, it stems from receiving less care and poorer quality of care.

4.3.3.6 Services For Children

Almost 21 percent of children and adolescents (ages 9 to 17) in the United States had some evidence of distress or impairment associated with a specific diagnosis and also had at least a minimal level of impairment on a global assessment measure. Almost half of this group (almost 10 percent of the child/adolescent population) had some treatment in one or more sectors of the de facto mental health service system, and the remainder (more than 11 percent of the population) received no treatment in any sector of the health care system. This translates to a majority of children and adolescents with mental disorders in the U.S. not receiving any care. However, Mechanic and Bilder point to data that indicate that “children’s mental health problems are receiving more attention than in earlier periods.” In particular, they cite

Analyses by Sherry Glied and Alison Evans Cuellar of the 1987 and 1998 National Medical Expenditure Survey [that] noted a 60 percent increase in children with a treated disorder.

Nonetheless, the General Accounting Office (GAO) recently issued a report that illustrates one serious consequence of the state of mental health services for children and adolescents in the U.S. Thousands of parents have felt themselves obliged to place their children into the child welfare or juvenile justice systems each year so that they may obtain the mental health services they need. Parents who have exhausted their savings and health insurance face the wrenching decision of surrendering their parental rights and tearing apart their families to

secure mental health treatment for their troubled children. The GAO report estimates that, in 2001, parents were forced to place more than 12,700 children in the child welfare or juvenile justice systems as the last resort for those children to receive needed mental health care treatment. According to the President's Mental Health Commission, these numbers are actually likely an undercount because 32 states, including the five largest, were unable to provide data on the number of children affected.

According to the GAO report, several factors contribute to the practice of "trading custody for services," including:

- Limitations of both public and private health insurance
- Inadequate supply of mental health services
- Limited availability of services through mental health agencies and schools
- Difficulties meeting eligibility rules for services.

A lack of access to mental health treatment is thus leading thousands of parents to surrender custody of their children with severe psychiatric disorders to child-welfare agencies and juvenile detention solely to get treatment.

4.4 PROMOTION AND PREVENTION

There are many initiatives underway in the United States with regard to mental health promotion and the prevention of mental illness, substance abuse and addiction. For example, the Committee was told that the National Association of State Mental Health Program Directors is currently in the process of approving a position statement calling for the development of policies and practices for the:

- Promotion of positive mental health,
- Earliest possible identification and intervention in mental health problems,
- Reduction of the incidence of mental illness and suicide,
- Prevention of disability due to mental illness and co-occurring conditions, and
- Prevention of conditions commonly associated with mental illness, including medical illness, substance abuse, and trauma.

To further illustrate the concrete efforts being undertaken in this area, we concentrate below on the National Strategy for Suicide Prevention.

4.4.1 National Strategy for Suicide Prevention

The National Strategy for Suicide Prevention (National Strategy or NSSP) evolved out of a series of initiatives by both governmental and non-governmental actors in the late 90s. In

early 2000, the Secretary of Health and Human Services officially established the National Strategy Federal Steering Group to facilitate its initiation.

The overall aims of the strategy are to:

- Prevent premature deaths due to suicide across the life span
- Reduce the rates of other suicidal behaviors
- Reduce the harmful after-effects associated with suicidal behaviors and the traumatic impact of suicide on family and friends
- Promote opportunities and settings to enhance resiliency, resourcefulness, respect, and interconnectedness for individuals, families, and communities.

The document, *Goals and Objectives for Action* was released in 2001 in order to articulate a set of goals and objectives and to provide a roadmap for action. It presents the 11 goals and 68 objectives for this component of the National Strategy. A set of activities will be developed for each objective in the next phase of the NSSP.

The goals of the Strategy refer to broad and high-level statements of general purpose that are meant to guide planning around an issue, and that focus on the end result of the work. The objectives of the Strategy narrow the goal by specifying the who, what, when and where associated with obtaining the goal. Finally, activities specify how these objectives will be reached.

The Goals of the Strategy are to:

- Promote awareness that suicide is a public health problem that is preventable
- Develop broad-based support for suicide prevention
- Develop and implement strategies to reduce the stigma associated with being a consumer of mental health, substance abuse and suicide prevention services
- Develop and implement community-based suicide prevention programs
- Promote efforts to reduce access to lethal means and methods of self-harm
- Implement training for recognition of at-risk behavior and delivery of effective treatment
- Develop and promote effective clinical and professional practices
- Improve access to and community linkages with mental health and substance abuse services
- Improve reporting and portrayals of suicidal behavior, mental illness and substance abuse in the entertainment and news media
- Promote and support research on suicide and suicide prevention
- Improve and expand surveillance systems

The National Strategy is designed to serve as a model that can be adopted or modified by States, communities, and tribes as they develop their own suicide prevention plan. In this sense, the National Strategy is seen as articulating a framework for national efforts, while also seeking to assist local groups in making suicide prevention into a higher priority for action.

A significant next step that is envisaged as part of the National Strategy is to develop an operating structure or coordinating body that could become the national focus for prevention activities and provide a mechanism for engaging public will. The document *Goals and Objectives for Action* envisions this body as a public/private partnership, that could shepherd the development of an action agenda, although it acknowledges that, to expedite progress, the development of a coordinating body and an action agenda might have to proceed in tandem.

4.5 PROSPECTS FOR FUTURE REFORM

The President's New Freedom Commission on Mental Health, the first presidential mental health commission in 25 years, published its final report in July, 2003. The Commission was created by the White House in February 2001 as part of a broad cross-disability action plan, the New Freedom Initiative, that encompassed ten proposals designed to "tear down the barriers that face Americans with disabilities today."

Because Presidential attention to mental health is rare, the Commission set itself the goal of galvanizing change at all levels—not just in the federal government. Drawing on the experience of past commissions, the New Freedom Commission concluded that its objective should be to foster progress by staged, incremental, changes in major federal programs such as Medicaid, Medicare, and Social Security, rather than by seeking "big-bang" reform measures or increased support for specific mental health programs. Mr. Hogan explained the strategy behind the report to the Committee in these terms:

The logic of what our group proposed was to try to sidestep the notion of reform or reorganization. We had a sense that reform had gotten us into this mess, and we had to have a different language or concept. We ended up being galvanized around this notion of transformation. We do not know exactly what it means, but we think that this transformation means that actions are necessary at many levels. It is not just a federal problem such that the wisdom will flow out of the national capital and local people will adapt. We need local action as well and we need small and large actions, not just large and unachievable actions. For example, creating a situation wherein individual patients and families are more empowered in their own treatment sounds like a small change but, in the long run, it may be more potent or revolutionary than larger changes. We propose the idea of national vision for mental health care and the establishment of national goals, which we hope would serve to motivate and organize people...

In addition to its interim (October, 2002) and final reports, the Commission also developed a series of detailed reports on components of mental health care that will be published later as working papers, in the hope that this will help create an agenda that could serve the field well in future years.

The interim report identified five major barriers to care:

- Fragmentation and gaps in care for children,
- Fragmentation and gaps in care for adults with serious mental illnesses,
- High unemployment and disability for people with serious mental illnesses,
- Lack of care for older adults with mental illnesses, and
- Lack of national priority for mental health and suicide prevention.

However, the aspect of the interim report that seemed to attract the most attention was the Commission's statement that, "the system is in shambles." This language was criticized by some as too strong, but the Commission stuck by its indictment of what it saw as a failed system in order to set the stage for strong recommendations in its final report.

The Final report is animated by a focus on the idea of recovery. Mr. Hogan told the Committee that they were inspired to adopt this orientation by a remark that former First Lady Rosalynn Carter made to them:

Ms. Carter said that...there was one thing that we have going for us today that did not exist a generation ago. One thing has changed that is more significant than anything else: we now understand today that recovery is possible for any individual with a mental illness.

Recovery is seen by the Commission as a process of positive adaptation to illness and disability, linked strongly to self-awareness and a sense of empowerment that could give people with mental illness a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with the limitations caused by illness. The Commission members united around the view that the possibility of improvement and hope should be available to all individuals who have a mental illness. Mr. Hogan amplified this point in his testimony to the Committee:

This is a simple but powerful statement that has several meanings in the mind of our commission. First, it is possible for people to get better even if we might have thought years ago that they were "hopeless cases." Second, even if people have a serious illness that may affect them for a decade or longer, they can achieve a good quality of life with the right kind of support. Recovery is not necessarily just a miracle cure but it can be a case of coping well with a devastating illness. Third, recovery for people in the mental health system is beginning to imply hope as a core ingredient of our approach to care, as opposed to a notion that is more passive and oriented to maintenance.

In its report, the Commission identified the magnitude of the fragmentation of the system and recognized that the complexity of making changes in mental health care makes reform a daunting task. It was clear to the Commission that no single reform measure is sufficient to produce needed change, but also that simultaneous large-scale reform of multiple programs would be unlikely to lead to the desired change. In particular, the Commission emphasized the importance of developing individualized plans for treatment, although, as Mr. Hogan explained:

We do not know exactly how to do this, but we believe we need to move in the direction of care being more individualized and geared to a personalized effort so that the family and the individual have greater input and control of their care plan. That does not imply total control but rather a genuine partnership with professionals, as opposed to simply getting a diagnosis and taking the medicine.

In order to create a shortlist of benchmarks to be tracked and monitored, the Commission proposed six national goals for mental health care, and organized its nineteen major recommendations around the achievement of these goals (see box below). Mr. Emmet stressed to the Committee that:

The six goals for transformation of the system laid out by the commission in its final report are actionable...at the local, state and federal levels. While the commission report is intentionally short on detail, it does provide a very useful and farsighted framework for getting at the central problem that was identified by the Surgeon General in his report — that is, we know what services work but we make it very difficult for those who need them to get them.

The members of the Commission are under no illusion that their report, no matter how well received it is in the mental health community, will by itself transform a fragmented and often troubled system. However there are some signs that the current U.S. administration is prepared to follow through on implementing the report. The director of the Center for Mental Health Services at the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) was charged with taking the lead in developing the implementation approach. The administration also included in its proposed budget for fiscal year 2005 an appropriation of \$44 million to fund the implementation of the comprehensive statewide planning recommendation contained in the report. While the budget has yet to be acted on, this proposal has received the strong endorsement of the mental health advocacy community.

The Commission hopes that its diagnosis and treatment plan will be able to build on the many strengths of the system—effective treatments, dedicated clinicians, passionate advocates, and the essential ingredient of hope. As Mr. Hogan noted in an interview, “developing a good treatment plan is necessary—but certainly not sufficient—for progress and recovery.”

Mr. Hogan also pointed out that in order to be successful, implementation activities must be both “top-down” and “bottom-up.” National leadership is needed for activities such as anti-

stigma campaigns and for change in federal programs, while it is also necessary for people recovering from mental illness to demand greater participation in the development of their treatment plans. In his view, “only time will tell whether participants in mental health care can establish a shared commitment to the changes that are needed and whether the political and economic environments that we work in will allow, support, or thwart change.”

It is worth noting that two other pieces of legislation, both with bipartisan support, are currently under consideration. They have been passed by the Senate and are awaiting action by the House of Representatives. The first would provide for youth suicide prevention efforts and counseling for college students. The second is the *Mentally Ill Offender Treatment and Crime Reduction Act*, which would authorize grants supporting collaborative community efforts to divert people with mental illness from the criminal justice system.

GOALS AND RECOMMENDATIONS OF THE PRESIDENT’S NEW FREEDOM COMMISSION ON MENTAL HEALTH

GOAL 1 Americans Understand that Mental Health Is Essential to Overall Health.

- Advance and implement a national campaign to reduce the stigma of seeking care and a national strategy for suicide prevention.
- Address mental health with the same urgency as physical health.

GOAL 2 Mental Health Care Is Consumer and Family Driven.

- Develop an individualized plan of care for every adult with a serious mental illness and child with a serious emotional disturbance.
- Involve consumers and families fully in orienting the mental health system toward recovery.
- Align relevant Federal programs to improve access and accountability for mental health services.
- Create a Comprehensive State Mental Health Plan.
- Protect and enhance the rights of people with mental illnesses.

GOAL 3 Disparities in Mental Health Services Are Eliminated.

- Improve access to quality care that is culturally competent.
- Improve access to quality care in rural and geographically remote areas.

GOAL 4 Early Mental Health Screening, Assessment, and Referral to Services Are Common Practice.

- Promote the mental health of young children.
- Improve and expand school mental health programs.
- Screen for co-occurring mental and substance use disorders and link with integrated treatment strategies.
- Screen for mental disorders in primary health care, across the lifespan, and connect to treatment and supports.

- GOAL 5** Excellent Mental Health Care Is Delivered and Research Is Accelerated.
- Accelerate research to promote recovery and resilience, and ultimately to cure and prevent mental illnesses.
 - Advance evidence-based practices using dissemination and demonstration projects and create a public-private partnership to guide their implementation.
 - Improve and expand the workforce providing evidence-based mental health services and supports.
 - Develop the knowledge base in four understudied areas: mental health disparities, long-term effects of medications, trauma, and acute care.
- GOAL 6** Technology Is Used to Access Mental Health Care and Information.
- Use health technology and telehealth to improve access and coordination of mental health care, especially for Americans in remote areas or in underserved populations.
 - Develop and implement integrated electronic health record and personal health information systems.

4.6 COMMITTEE COMMENTARY

The Committee feels that there is much to learn from attempts made in the United States to grapple with the consequences of the fragmentation of mental health care services across multiple jurisdictions and various government departments. Fragmentation limits access to services and hampers the ability of service providers to share innovations and spread excellence.

The Committee was therefore very impressed with the general orientation of the report of the President's New Freedom Commission on Mental Health, especially its focus on patient-centred solutions. These include being animated by a vision of recovery for all, as well as insisting on the need to involve consumers in the design and implementation of individualized care plans. The Committee recognizes that there are many obstacles that stand in the way of transforming the Commission's vision into reality, many of which stem from the fragmentation of the system it describes in its reports.

The Committee also noted the strong place accorded to fostering research on mental health and mental illness and to promoting the adoption of technologies that will enhance care and service delivery, and recognizes that this is consistent with the pre-eminent international role occupied by American researchers and scientists.

Moreover, the Committee considers that the Report's emphasis on the provision of appropriate services at a community level is entirely appropriate and extremely important. Similarly, the Committee believes that American experience points to the critical importance of promoting greater cooperation across the various levels of government, and between various departments within each level of government.

Finally, the Committee notes that such an orientation requires a national focus in order to mobilize as many resources as possible, while simultaneously recognizing that efforts must be sustained at every level if reform is to occur. The fact that the New Freedom Commission eschewed a 'big bang' approach echoes the conclusions that the Committee reached with regard to the acute care sector in Canada in its October 2002 report on the Health of Canadians.

CHAPTER 5:

COMPARING MENTAL HEALTH CARE IN THE FOUR COUNTRIES STUDIED

5.1 INTRODUCTION

As was noted in the introduction to this report, the complexity of health care systems, both in terms of funding arrangements and service delivery mechanisms, as well as their inextricable connections to the history, politics and culture of each nation, mean that it is never possible simply to transpose measures from one jurisdiction to another. The common nature of many of the issues confronting health care policy makers and practitioners throughout the industrialized world means, however, that there is much that can be gained from careful study of both the successes and failures elsewhere in the world. In this chapter, the Committee draws on its review of the experience of four countries to glean some lessons for efforts in Canada to reform mental health care delivery and enhance the mental health of Canadians. The structure of this chapter follows the template that was used in each of the country studies.

5.2 HISTORY AND OVERVIEW

The Committee notes the striking extent to which the experience of deinstitutionalization is similar in all the countries reviewed. In the first place, roughly the same set of factors provided the impetus for deinstitutionalization in all them. These were:

- the introduction of new treatment methods, especially new drugs, accompanied by
- changing attitudes towards the nature of mental illness, and
- growing belief that treatment was most effective when it took place in the community.

Second, in each of the countries studied (as well as in Canada) the process of closing down old psychiatric hospitals proceeded more quickly than the deployment of new resources into the community, creating many situations where people living with mental illness were left to fend for themselves. Moreover, difficulties associated with the lack of resources to accomplish the shift to the community were often compounded by resistance to this transfer in the communities themselves, where attitudes built up over many years were slow to change.

A third point that is worth noting is the way in which, in several of the countries studied, deinstitutionalization was one of the factors that stimulated efforts to establish a national strategy for improving the delivery of services to people living with mental illness. This prompts the question as to why a similar process of deinstitutionalization that occurred in Canada did not yield the same result in this country, where the country remains without a national mental health, mental illness and addiction strategy of any kind to this day, in contrast to all other G8 countries.

It is tempting to look at the structure of Canadian federalism as one factor that may have played a role in discouraging a national focus on mental health. However, given that coherent national planning began in one of the federal countries studied (Australia) as early as 1992, the factor that explains the different trajectory in Canada cannot be federalism, *per se*.

Rather, a plausible hypothesis might be that because the federal government in Canada is not involved in the delivery of services to the population as a whole, it did not feel the pressure to respond to the massive shifts in service delivery that were occurring on the ground. Still, one could wonder why, given its role in the delivery of services to specific population groups (see Vol. 1, Ch. 9), the federal government did not draw the appropriate lessons from the weaknesses in its own delivery system and realize that the provinces had to be facing similar problems.

Finally, it is relevant to note that the trend for the federal government to transfer funds to the provinces with no strings attached (which culminated in the creation of the CHST in the mid-nineties), left the provinces to cope as best they could with the rapidly changing context in which mental health services were being delivered.

5.3 COSTS AND FUNDING OF MENTAL HEALTH SERVICES

A first point that the Committee wishes to emphasize with regard to comparisons of costs and funding across different countries concerns the comparability of the data. In presenting their data on spending on mental health, the authors of the 2002 National Mental Health Report in Australia make the important point that countries measure mental health spending in very different ways and that it is therefore extremely difficult to make direct comparisons. For example, they note (as indicated in the chapter on Australia) that some countries include amounts that are specifically excluded in Australian estimates such as drug and alcohol services, intellectual disability services, dementia care or housing and income security payments for mental health consumers.

In general, then, it would not appear to be possible to establish guidelines based on best practices with regard to overall mental health spending. However, there is enough data on spending trends over time within each country to draw provisional conclusions about the factors that contribute to greater attention being paid to mental health funding needs, and on ways of ensuring the sustainability of that funding. It is also possible to compare the funding priorities of different countries, although here the variability in the extent of data easily available from one country to the next constrains the robustness of the conclusions it is possible to draw.

Readers may have noticed that the data presented from Australia stands out for its level of detail and for the longitudinal comparisons it affords. The Australians have now produced seven National Mental Health Reports that allow for a much more detailed understanding of the evolution of mental health spending over time than is possible in any of the other countries studied. The Committee believes that this provides a clear indication of the value of consistent data collection and reporting.

Moreover, as the debate over the adequacy of mental health funding in England indicates, it is also important to look not only at absolute increases in the funding for mental health, but also at whether new investments in mental health are keeping pace with those in the broader health care sector. Thus, if growth in mental health spending lags behind growth in overall health care spending, then the relative position of the mental health sector suffers, even if more money is being spent. This is of particular importance in the context of attempting significant reform or when particular efforts are being made to bring spending in mental health into line with broader health spending.

A related point concerns the advisability of ‘ring-fencing’ mental health spending in order to ensure that funds allocated to treating mental illness do not get absorbed into general health spending, or to guarantee that transfers from one level of government to another represent real increases in mental health spending and are not clawed back by cutting existing services even as new ones are added. The Australian experience in this regard is worth highlighting. As witnesses told the Committee, new federal money was initially ring-fenced, but as the importance of this funding became widely appreciated over time by all levels of government, measures specifically designed to protect mental health resources were no longer needed.

The Committee believes that it is significant that in three of the four countries examined, the development of national mental health strategies correlates with increases in funding for mental health services and activities. As witnesses noted, the existence of a carefully documented set of needs in the mental health sector can constitute a powerful tool in lobbying government for the resources that are required. Moreover, the existence of clear benchmarks and targets are essential to making it possible to monitor the implementation of a national strategy, and to make sure that funding commitments are sustained over time. The evidence clearly indicates that the development and implementation of a national mental health strategy can only be successful if adequate resources are allocated to the task.

The Committee also notes the important efforts being made in some of the countries examined to decentralize funding decisions and bring them closer to the communities in which people live and access services. In particular, the experience of devolving the ‘commissioning’ of mental health services to the Primary Care Trusts in England provide a valuable reference point for attempts to bring control of funding closer to the ground and to have funding better adapted to local priorities. At the same time, the evidence also indicates that devolution is a complex undertaking and that along with the decentralization of decision-making must come a broad dissemination of the expertise needed to successfully manage the increased budgets involved.

Measures to control escalating costs are also important and, in particular, the rising costs of pharmaceuticals is of ongoing concern. In Canada, particular attention will have to be paid to this question, given the significant variations that exist in publicly funded prescription drug insurance across the country. Finally, the American experience with managed care is also relevant with regard to balancing efforts to contain costs against the importance of ensuring access to needed services and therapies.

5.4 SERVICE DELIVERY AND ORGANIZATION

As noted earlier, the first observation that needs to be made with regard to the delivery of mental health services is that a shift from primary reliance on institutional care to the primary emphasis being placed on services delivered in the community has happened in all the countries studied. This shift has been accompanied by concerns over the adequacy of the resources available at the community level to cope with the demand, as well as by the recognition of the need to coordinate and integrate service delivery so that the many 'silos' are broken down and each person has access to the services they require, regardless of which government department or agency (or non-governmental body) is responsible for their delivery.

Two institutions that stand out as having contributed to facilitating this transition are the independent Mental Health Commission in New Zealand and the National Institute for Mental Health in England (NIMHE). The Committee notes in particular that the former has played an important role both in helping to set service standards and in monitoring the implementation of mental health planning, while the latter has played a vital role in actual implementation and in spreading best practices. It is worth emphasizing that both countries developed highly detailed targets and standards (the Blueprint in New Zealand and the National Service Framework–Mental Health in England) as part of their respective strategies.

The importance placed on the individualization of care plans in New Zealand, the U.S. and England is also highly noteworthy. The growing emphasis on the ability of people living with mental illness to recover as well as on the need for practitioners to develop individualized, consumer-centred (and controlled) plans is having a significant effect on the approach to delivering mental health services in the community.

It would seem fair to conclude, as did Michael Hogan in the United States, that overcoming the fragmentation of service delivery requires action both from the top down and the bottom up. Managing the plethora of agencies and government bodies involved in the delivery of services can be assisted by having some outside, independent body that can take a 'whole-of-government' perspective. At the other end, the individualization of care plans and the coordination of service delivery can help all those who need them to access the services they require.

In every country reviewed, physicians and other providers involved in the delivery of primary care shoulder most of the responsibility for the largest portion of people receiving mental health services. At the same time, people living with serious and persistent mental illnesses continue to rely on the availability of more specialized mental health services. This has presented common challenges in all the countries surveyed. In the first place, there has been concern that family physicians are poorly remunerated for their efforts to provide mental health counseling and treatment by fee for service payment systems. Second, there has been concern that family physicians do not have access to sufficient resources to adequately deal with the scale of the demands they face relating to mental health care. Finally, the relative lack of coordination between primary and secondary care has repeatedly been raised as an issue and points to the crucial importance of delivering integrated, efficient care.

Despite, or perhaps because of, the shift in emphasis to providing care and service delivery in the community, inequities in access persist across a number of axes. It was noted in several countries that services to people living in rural areas are significantly less available than they are to people living in urban areas.

As well, there is widespread agreement that services targeted at minorities are not sufficiently tailored to their needs. Services need to be culturally appropriate if they are to be as accessible to these communities as they are to the majority ones. In particular, the training of health care professionals from minority groups, especially from Aboriginal or Indigenous communities, was identified by several countries as one means of encouraging a greater cultural appropriateness of mental health services.

This ties in with the final point the Committee wishes to note, namely the human resource shortages that exist in all of the countries studied, and that affect just about all providers involved in the delivery of mental health services. Shortages were still noted even in some countries, such as Australia and New Zealand, where increased mental health funding had led to increases in the supply of some provider groups. On the positive side, the Committee was impressed by efforts to formalize and credentialize the qualifications of community mental health workers as one way of increasing the human resource supply.

5.5 PROMOTION AND PREVENTION

The Committee notes that the evidence from its review of four countries would seem to support one of the lessons that was drawn in the recent (June 2004) British report on *Mental Health and Social Exclusion*. It concluded that uncoordinated campaigns of limited duration did not result in measurable change in stigmatizing attitudes, and pointed to the need for long-term funding for efforts to combat stigma and discrimination. On the other hand, according to witnesses and documentary evidence from both Australia and New Zealand, these countries have been able to measure changes in attitudes and behaviours as their ongoing campaigns against stigma and discrimination have unfolded over a number of years.

While it would be unwise to read too much into this evidence, there is nonetheless every reason to see it as supporting the need for sustained funding, long term planning, and ongoing evaluation, if campaigns against stigma and discrimination are to maximize their effect. Moreover, these campaigns would seem to benefit from being adaptable to a variety of circumstances so that they can be acted on by different jurisdictions.

Thus, the 'Like Minds, Like Mine' campaign in New Zealand started out using famous New Zealanders to communicate its message, but later shifted to a focus on 'ordinary' people and their families. It is also worth noting that as they began to see some progress in changing stigmatizing attitudes, the campaign in New Zealand has evolved towards placing greater emphasis on reducing discrimination. Australian experience suggests the value of having campaigns operate at national, regional and local levels, as well as the need to target the stigmatization of specific illnesses alongside broader themes.

The design of the American National Strategy for Suicide Prevention also points to the importance of using national resources in a way that can set an example for smaller

jurisdictions and encourage them to adapt national models to their particular requirements. At the same time, the experience in a number of countries underscores the importance of having a body that can become the focus for national efforts to combat stigma and discrimination and can play a role in coordinating them at the national level.

Building a strategy for monitoring the outcomes of these efforts into the design of the campaigns themselves is also strongly suggested by our international review. This, in turn, points to the need for there to be widespread consultation from the outset amongst the various levels of government, providers, NGOs as well as users of mental health services and their families. In addition, there is evidence that reaffirms the benefits of enabling people with experience of mental disorders to tell their stories as a way of combating stigma, as well as of the importance of working with the media to try to eliminate negative stereotypes and replace them with more positive accounts of people living with mental illness.

Finally, the Committee found that the design of the new English campaign proposed in the report on *Mental Health and Exclusion* to be quite comprehensive, and wishes to highlight its main emphases. It will:

- target key audiences, in particular employers, young people and the media;
- deliver consistent, tested messages under a single brand;
- promote the positive contribution that people with mental health problems can make to society;
- have sustained funding to plan ahead;
- address issues of ethnicity and gender;
- provide a framework and materials to support local campaign work, targeting in particular issues facing deprived neighbourhoods;
- be clearly evaluated by a regular survey.

5.6 PROSPECTS FOR FUTURE REFORM

It is clear to the Committee from this four-country survey that reform strategies must be carefully adapted to the particular circumstances confronted by each country. Not only must the state of mental health services and care be carefully assessed to establish priorities for action, but the complex realities of each country's political system and social values must be taken into account in the design of any reform program.

In this vein, the Committee notes that the precise design and implementation of reform strategies in countries that have unitary forms of government are likely to prove difficult to adapt to the Canadian federal context, where the delivery of health care services to the general population remains the constitutional responsibility of the provinces. Nonetheless, the specific and detailed targets and standards that have been the hallmark of reform efforts in both England and New Zealand (which are both unitary states) provide an invaluable reference point. Moreover, each country, whether it is structured as a unitary or federal state,

has multiple levels within its health care system, and ongoing attempts to coordinate mental health reform across these various jurisdictions constitute a further indication of the importance of undertaking action at all levels.

The Committee also notes the obvious advantages of engaging in a long term, integrated planning process to improve the state of mental health and the delivery of mental health care services in all the countries surveyed. Only such a process allows for the possibility of systematically building on each successive iteration of reform planning, and also greatly increases the chances of adapting reform efforts to changing circumstances.

Finally, the complexity and range of services involved in promoting mental health and providing for the needs of people living with mental illness suggest that a ‘big bang’ reform initiative that attempts to do everything at once is unlikely to succeed. This further implies that reform efforts must simultaneously tackle problems from the ‘top down’ and the ‘bottom up’.

5.7 COMMITTEE COMMENTARY

With regard to the broad outlines of the mental health strategies that have been adopted in the four countries studied, the Committee believes that there are a number of trends that are worth highlighting:

- A tendency to focus on recovery as the vision that animates mental health thinking, where recovery is understood as a process of positive adaptation to illness and disability that could give people with mental illness a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with the limitations caused by illness;
- A growing emphasis on the need for individualized plans for treatment and care (especially for people living with serious mental illness) as well as a recognition that family and consumer participation in the planning of treatment should be encouraged;
- The reaffirmation of the need to deliver services in the community, as well as insisting on the importance of the ongoing monitoring of their delivery and of striving to integrate them to the greatest extent possible (so that the limitations imposed by service delivery in ‘silos’ can be overcome);
- The importance of deploying national resources towards mental health promotion, in particular with regard to campaigning against stigma and working to diminish discrimination;
- The need to eliminate disparities in the extent of services available to people, whether these disparities are caused by services being offered in culturally inappropriate ways, or by the unavailability of some services in rural regions of the country.

The unifying factor behind all these elements would appear to be a stronger focus on the organization of services to best meet patient or service user needs, an emphasis the

Committee strongly endorses, and which echoes the patient-centred approach the Committee advocated for the acute care sector as well. The means for achieving these objectives that stands out from our survey of four countries is to set actionable targets that engage the entire mental health community, and to establish measurable criteria for the ongoing monitoring of reform efforts. Comprehensive human resource planning in the mental health field, as well as adequate funding for research and its dissemination are also suggested as key elements of a national strategy to foster mental health and treat mental illness.

APPENDIX A:
LIST OF WITNESSES
IN THIRD SESSION OF THE 37TH PARLIAMENT
(FEBRUARY 2, 2004 – MAY 23, 2004)

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE No.
Alzheimer Society of Canada	Steve Rudin, Executive Director	June 4, 2003	17
As individuals	Thomas Stephens, Consultant	March 20, 2003	11
	Nancy Hall, Mental Health Consultant	May 28, 2003	16
	J. Michael Grass, Past Chair, Champlain District Mental Health Implementation Task Force	June 5, 2003	17
	Loise David Murray Ronald	February 26, 2003	9
Canadian Academy of Psychiatric Epidemiology	Dr. Alain Lesage, Past President	March 19, 2003	11
Canadian Academy of Psychiatry and the Law	Dr. Dominique Bourget, President	June 5, 2003	17
Canadian Coalition for Senior Mental Health	Dr. David K. Conn, Co-Chair; President, Canadian Academy of Geriatric Psychiatry	June 4, 2003	17
Canadian Institute for Health Information	Dr. John S. Millar, Vice-President, Research and Analysis	March 20, 2003	11
	Carolyn Pullen, Consultant		
	John Roch, Chief Privacy Officer and Manager, Privacy Secretariat		
Canadian Institutes of Health Research	Bronwyn Shoush, Board Member, Institute of Aboriginal Peoples' Health	May 28, 2003	16

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Canadian Institutes of Health Research	Jean-Yves Savoie, President, Advisory Board, Institute of Population and Public Health	June 12, 2003	18
	Dr. Rémi Quirion, Scientific Director, Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction	May 6, 2003	14
Canadian Mental Health Association – Ontario Division	Patti Bregman, Director of Programs	June 12, 2003	18
Canadian Paediatric Society	Dr. Diane Sacks, President-Elect	May 1, 2003	13
	Marie-Adèle Davis, Executive Director		
Centre for Addiction and Mental Health	Jennifer Chambers, Empowerment Council Coordinator	May 14, 2003	15
	Rena Scheffer, Director, Public Education and Information Services	May 28, 2003	16
Centre hospitalier Mère-enfant Sainte-Justine	Dr. Joanne Renaud, Child and Adolescent Psychiatrist; Young Investigator, Canadian Institutes of Health Research	April 30, 2003	13
Children's Hospital of Eastern Ontario	Dr. Simon Davidson, Chairman, Division of Child and Adolescent Psychiatry	May 1, 2003	13
CN Centre for Occupational Health and Safety	Kevin Kelloway, Director	June 12, 2003	18
Douglas Hospital	Eric Latimer, Health Economist	May 6, 2003	14
	Dr. James Farquhar, Psychiatrist		
	Dr. Mimi Israël, Head, Department of Psychiatry ; Associate Professor, McGill University		

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE No.
Douglas Hospital	Myra Piat, Researcher	May 6, 2003	14
	Ampara Garcia, Clinical Administrative Chief, Adult Ultraspecialized Services Division		
	Manon Desjardins, Clinical Administration Chief, Adult Sectorized Services Division		
	Jacques Hendlisz, Director General		
	Robyne Kershaw-Bellmare, Director of Nursing Services		
Global Business and Economic, Roundtable and Addiction and Mental Health	Rod Phillips, President and Chief Executive Officer, Warren Sheppell Consultants	June 12, 2003	18
Hamilton Health Sciences Centre	Venera Bruto, Psychologist	June 4, 2003	17
Health Canada	Tom Lips, Senior Advisor, mental Health, Healthy Communities Division, Population and Public Health Branch	March 19, 2003	11
	Pam Assad, Associate Director, Division of Childhood and Adolescence, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch	April 30, 2003	13
Laval University	Dr. Michel Maziade, Head, Department of Psychiatry, Faculty of Medecine	May 6, 2003	14
Louis-H. Lafontaine Hospital	Jean-Jacques Leclerc, Director, Rehabilitation Services and Community Living	May 6, 2003	14
	Dr. Pierre Lalonde, Director, Clinique jeunes adultes		

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE No.
McGill University	Dr. Howard Steiger, Professor, Psychiatry Department; Director, Eating Disorders Program, Douglas Hospital	May 1, 2003	13
Province of British Columbia	Patrick Storey, Chair, Minister's Advisory Council on Mental Health	May 14, 2003	15
	Heather Stuart, Associate Professor, Community Health and Epidemiology	May 14, 2003	15
Queen's University	Dr. Julio Arboleda-Floréz, Professor and head, Department of Psychiatry	March 20, 2003	11
Registered Nurses of Canada	Margaret Synyshyn, President	May 29, 2003	16
Statistics Canada	Lorna Bailie, Assistant Director, Health Statistics Division	March 20, 2003	11
St. Joseph's Health Care London	Maggie Gibson, Psychologist	June 4, 2003	17
St. Michaels Hospital	Dr. Paul Links, Arthur Sommer Rothenberg Chair in Suicide Studies	March 19, 2003	11
Université du Québec à Montréal	Henri Dorvil, Professor, School of Social Work	May 6, 2003	14
	Dr. Michel Tousignant, Professor, Centre de recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie		
University of British Columbia	Dr. Charlotte Waddell, Assistant Professor, Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine	May 1, 2003	13

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE No.
University of Calgary	Dr. Donald Addington, Professor and Head, Department of Psychiatry	May 29, 2003	16
University of Manitoba	John Arnett, Head, Department of Clinical Health Psychology, Faculty of Medicine	May 28, 2003	16
	Robert McIlwraith, Professor and Director, Rural and Northern Psychology Program		
University of Montreal	Laurent Mottron, Researcher, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine	May 6, 2003	14
	Dr. Richard Tremblay, Canada Research Chair in Child Development, Professor of Pediatrics, Psychiatry and Psychology, Director, Centre of Excellence for Early Childhood Development		
	Dr. Jean Wilkins, Professor and Paediatrics, Faculty of Medecine		
	Dr. Renée Roy, Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medecine		
University of Ottawa	Tim D. Aubry, Associate Professor; Co-Director, Centre for Research and Community Services	June 5, 2003	17
	Dr. Jeffrey Turnbull, Chairman, Department of Medicine, Faculty of Medicine		

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE No.
University of Toronto	Dr. Joe Beitchman, Professor and Head, Division of Child Psychiatry, Department of Psychiatry; Psychiatrist-in-Chief, Hospital for Sick Children	April 30, 2003	13
	Dr. David Marsh, Clinical Director, Addiction Medicine, Centre for Addiction and Mental Health	May 29, 2003	16

APPENDIX B:
LIST OF WITNESSES
IN THE SECOND SESSION OF THE 37TH PARLIAMENT
(SEPTEMBER 30, 2002 – NOVEMBER 12, 2003)

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Alberta Mental Health Board	Ray Block, Chief Executive Officer	April 28, 2004	7
Alberta Mental Health Board	Sandra Harrison, Executive Director, Planning, Advocacy & Liaison	April 28, 2004	7
Anxiety Disorders Association of Canada	Peter McLean, Vice-President	May 12, 2004	9
As individuals	Charles Bosdet	April 29, 2004	7
	Pat Caponi		
	Don Chapman		
Australia, Government of (<i>by videoconference</i>)	Dermot Casey, Assistant Secretary, Health Priorities and Suicide Prevention Branch, Department of Health and Ageing	April 20, 2004	6
	Jenny Hefford, Assistant Secretary, Drug Strategy Branch, Department of Health and Ageing		
British Columbia Ministry of Health Services	Irene Clarkson, Executive Director, Mental Health and Addictions	April 28, 2004	7
Canadian Association of Social Workers	Stephen Arbuckle, Member, Health Interest Group	March 31, 2004	5
Canadian Medical Association	Dr. Sunil Patel, President	March 31, 2004	5
	Dr. Gail Beck, Acting Associate Secretary General		
Canadian Mental Health Association	Penny Marrett, Chief Executive Officer	May 12, 2004	9

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Canadian Nurses Association, the Canadian Federation of Mental Health Nurses and the Registered Psychiatric Nurses of Canada	Nancy Panagabko, President, Canadian Federation of Mental Health Nurses	March 31, 2004	5
	Annette Osten, Board Member, Canadian Nurses Association	March 31, 2004	5
Canadian Psychiatric Association	Dr. Blake Woodside, Chairman of the Board	March 31, 2004	5
Canadian Psychological Association	John Service, Executive Director	March 31, 2004	5
Centre for Addiction and Mental Health	Christine Bois, Provincial Priority Manager for Concurrent Disorders	May 5, 2004	8
	Wayne Skinner, Clinical Director, Concurrent Disorder Program		
	Brian Rush, Research Scientist, Social Prevention and Health Policy		
Centre for Suicide Prevention	Diane Yackel, Executive Director	April 21, 2004	6
Cognos	Marilyn Smith-Grant, Senior Human Resources Specialist	April 1, 2004	5
Correctional Service of Canada	Larry Motiuk, Director General, Research	April 29, 2004	7
	Françoise Bouchard, Director General, Health Services	April 29, 2004	7
Douglas Hospital	Dr. Gustavo Turecki, Director, McGill Group for Suicide Studies, McGill University	April 21, 2004	6
House of Commons	The Honourable Jacques Saada, P.C., M.P., Leader of the Government in the House of Commons and Minister responsible for Democratic Reforms	April 1, 2004	5

Human Resources and Skills Development Canada	Bill Cameron, Director General, National Secretariat on Homelessness	April 29, 2004	7
Human Resources and Skills Development Canada	Marie-Chantal Girard, Strategic Research Manager, National	April 29, 2004	7
Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction	Richard Brière, Assistant Director	April 21, 2004	6
McGill University (by videoconference)	Dr. Laurence Kirmayer, Director, Division of Social and Transcultural Psychiatry, Department of Psychiatry	May 13, 2004	9
Mood Disorder Society of Canada	Phil Upshall, President	May 12, 2004	9
Native Mental Health Association of Canada	Brenda M. Restoule, Psychologist and Ontario Board Representative	May 13, 2004	9
New Zealand, Government of (by videoconference)	Janice Wilson, Deputy Director General, Mental Health Directorate, Ministry of Health	May 5, 2004	8
	David Chaplow, Director and Chief Advisor of Mental Health		
	Arawhetu Peretini, Manager of Maori Mental Health		
	Phillipa Gaines, Manager of Systems Development of Mental Health		
Nova Scotia Department of Health	Dr. James Millar, Executive Director, Mental Health and Physician Services	April 28, 2004	7
Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction	David Kelly, Executive Director	May 5, 2004	8
Ontario Hospital Association	Dr. Paul Garfinkel, Chair, Mental Health Working Group	March 31, 2004	5

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE No.
Privy Council Office	Ron Wall, Director, Parliamentary Operations, Legislation and House Planning	April 1, 2004	5
	Ginette Bougie, Director, Compensation and Classification		
Public Service Alliance of Canada	John Gordon, National Executive Vice-President	April 1, 2004	5
	James Infantino, Pensions and Disability Insurance Officer		
Schizophrenia Society of Canada	John Gray, President-Elect	May 12, 2004	9
Simon Fraser University (by videoconference)	Margaret Jackson, Director, Institute for Studies in Criminal Justice Policy	April 29, 2004	7
Six Nations Mental Health Services	Dr. Cornelia Wieman, Psychiatrist	May 13, 2004	9
Treasury Board Secretariat	Joan Arnold, Director, Pensions Legislation Development, Pensions Division	April 1, 2004	5
U.S. Campaign for Mental Health Reform	William Emmet, Coordinator	April 1, 2004	5
U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health (by videoconference)	Michael Hogan, Chair	April 1, 2004	5
United Kingdom, Government of (by videoconference)	Anne Richardson, Head of the Mental Health Policy Branch, Department of Health	May 6, 2004	8
	Adrian Sieff, Head of the Mental Health Legislation Branch		

APPENDIX C:

LIST OF INDIVIDUALS WHO RESPONDED TO A LETTER FROM THE COMMITTEE ON PRIORITIES FOR ACTION

CANADIAN RESEARCH GROUP

CancerCare Manitoba	Harvey Max Chochinov, MD, PhD, FRCPC, Canada Research Chair in Palliative Care, Director, Manitoba Palliative Care Research Unit, CancerCare Manitoba, Professor, Department of Psychiatry, Community Health Sciences and Family Medicine (Division of Palliative Care) University of Manitoba
Carleton University	Dr. Hymie Anisman, Canadian Research Chair in Neuroscience, Ontario Mental Health Foundation Senior Research Fellow
Douglas Hospital Research Centre	Ashok Malla, MD, FRCPC Canada Research Chair in Early Psychosis, Professor of Psychiatry, McGill University, Director, Clinical Research Division
McGill University Health Centre	Eric Fombonne, MD, FRCPsych, Canada Research Chair in Child Psychiatry, Professor of Psychiatry, University McGill, Director, Montreal Children's Hospital
University of Alberta	Glen B. Baker, PhD, DSc, Professor and Chair, Canada Research Chair in Neurochemistry and Drug Development
University of Manitoba – Faculty of Medicine	Brian J. Cox, Ph.D., C. Psych., Canada Research Chair in Mood and Anxiety Disorders, Associate Professor of Psychiatry, Adjunct Professor, Departments of Community Health Sciences and Psychology

DEANS OF MEDICAL SCHOOLS

Kingston General Hospital	Samuel K. Ludwin, M.B.B., Ch., F.R.C.P.C., Vice-President, (Research Development)
McGill University Health Centre	Joel Paris, M.D., Professor and Chair, Department of Psychiatry
University of Alberta	Dr. L. Beauchamp, Dean, Faculty of Education
University of Sherbrooke	Pierre Labossière, P. Eng., Ph.D., Associate Vice-Rector, Research
University of Western Ontario	Dr. Carol P. Herbert, Dean of Medicine and Dentistry

ILLNESS RELATED GROUP

Canada's Research-Based Pharmaceutical Companies	Murray J. Elston, President
Eli Lilly Canada Inc.	Terry McCool, Vice-President, Corporate Affairs
GlaxoSmith Kline	Geoffrey Mitchinson, Vice-President of Public Affairs
Merck Frosst Canada	André Marcheterre, President
NSERC	Thomas A. Brzustowski, President
Ontario Mental Health Foundation	Howard Cappell, Ph.D. (C.Psych) Executive Director
Roche Pharmaceuticals	Ronnie Miller, President & C.E.O.
Schizophrenia Society of Canada	Fred Dawe, President

MENTAL HEALTH ETHICS GROUP

Centre for Addiction and Mental Health	Paul E. Garfinkel, MD, FRCPC, President and CEO
McGill University – Douglas Hospital Research Centre	Maurice Dongier, Professor of Psychiatry

Parkwood Hospital, St. Joseph's Health Care London	Maggie Gibson, Ph. D., Psychologist, Veterans Care Program
Queen's University	J. Arboleda-Florèz, Professor and Head, Department of Psychiatry
Salvation Army – Territorial Headquarters Canada and Bermuda	Glen Shepherd, Colonel, Chief Secretary
St-Paul's Hospital	Mark Miller, C.S.s.R., Ph.D. Ethicist
University of Alberta	Wendy Austin, RN, Ph. D., Canada Research Chair, Relational Ethics in Health Care, Faculty of Nursing and John Dosseter Health Ethics Centre
University of Alberta, Faculty of Nursing	Genevieve Gray, Dean and Professor, Faculty of Nursing
University of British Columbia	Peter D. McLean, Ph.D. Professor and Director, Anxiety Disorders Unit
University of Western Ontario	Nancy Fedyk, Executive Assistant to the Dean
Winnipeg Regional Health Authority	Linda Hughes, Chair, WRHA Mental Health Ethics Committee
York University	David Shugarman, Director

PRESIDENT OF UNIVERSITY

Institute of Mental Health Research – University of Ottawa	Zul Merali, Ph. D., President and CEO
McGill University	Heather Munroe-Blum, Professor of Epidemiology and Biostatistics
University of Lethbridge	Lynn Basford, Dean, Health Sciences

GOVERNMENT RESPONSIBILITY

Canadian Coalition for Seniors	J. Kenneth Le Clair, MD, FRCPC, Co-Chair, Canadian Coalition for Seniors Mental Health, Professor and Chair, Geriatric Division, Department of Psychiatry, Queen's University, Clinical Director, Specialty Geriatric Psychiatry Program
Canadian Coalition for Seniors Mental Health	David K. Conn, MB., FRCPC, Co-Chair Canadian Coalition for Seniors Mental Health, Psychiatrist-in-Chief, Department of Psychiatry, Baycrest Centre for Geriatric Care, Associate Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto, President, Canadian Academy of Geriatric Psychiatry
Canadian Institute of Health Research	Dr. Jeff Reading, PhD, Scientific Director – Institute of Aboriginal Peoples's Health
Canadian Mental Health Association	Bonnie Pape, Director of Programs & Research, Canadian Mental Health Association – National Office
Dalhousie University – Department of Psychology	Patrick J. McGrath, OC, PhD, FRSC, Co-ordinator of Clinical Psychology, Killam Professor of Psychology, Professor of Pediatrics and Psychiatry, Canada Research Chair, Psychologist IWK Health Centre
Dalhousie University, Faculty of Medicine	David Zitner, D. Ph., Director, Medical Informatics
Department of Health and Wellness New-Brunswick	Ken Ross, Assistant deputy Minister
Douglas Hospital Research Centre	Michel Perreault, Ph. D., Researcher, Douglas Hospital, Professor, Department of Psychiatry McGill University
Douglas Hospital Research Centre - Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction	Rémi Quirion, Scientific Director, (INMHA)

Faculty of Medicine – University of Ottawa	Jacques Bradwejn, MD FRCPC, DABPN, Chair of the Department of Psychiatry, Psychiatrist-in-Chief, Royal Ottawa Hospital, Head of Psychiatrist, The Ottawa Hospital
Family Council: Empowering Families in Addictions and Mental Health	Betty Miller, Coordinator, The Family Council
Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health – Affiliated with the Centre for Addiction and Mental Health	Bill Wilkerson, Co-Founder and Chief Executive Officer
Human Resources Development Canada	Deborah Tunis, Director General, Office for Disability Issues
McGill University Health Centre	Juan C. Negrete, MD, FRCPC(C) Professor of Psychiatry, McGill University, Chair, Addictions Section, Canadian Psychiatric Association
McMaster University	Dr. Richard P. Swinson, MD, FRCPC, Morgan Firestone Chair in Psychiatry, Psychiatry & Behavioural Neurosciences, McMaster University, Chief, Department of Psychiatry, St. Joseph's Healthcare
NAHO National Aboriginal Health Organization	Judith G. Bartlett, M.D. CCFP, Chairperson
Ottawa Hospital	Paul Roy, MD, FRCPC, Assistant Professor of Psychiatry, University of Ottawa, Director, Ottawa First Episode Psychosis Program
Royal Ottawa Hospital	J. Paul Fedoroff, M.D., Associate Professor of Psychiatry, University of Ottawa, Research Director, Forensic Unit, Institute of Mental Health Research
Six Nations Mental Health Services	Cornelia Wieman, M.D., FRCPC, Psychiatrist
Synchrude	Eric P. Newell, Chairman & Chief Executive Officer

University of British Columbia – Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, Department of Psychiatry	Elliot Goldner, MD, MHSc, FRCPC, Head, Division of Mental Health Policy & Services
University of Ottawa – Office of the Vice-President, Research	Yvonne Lefebvre, Ph.D., Associate Vice-President, Research
University of Ottawa- School of Psychology	John Hunsley, Ph.D., C. Psych., Professor of Psychology
University of Toronto – Sunnybrook & Women’s College Health Sciences Centre	Nathan Herrmann, M.D., F.R.C.P. (C)

SENATE



SÉNAT

RAPPORT 2

Politiques et programmes de certains pays en matière de santé mentale

Rapport provisoire du
Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

L'honorable Michael J.L. Kirby, *président*
L'honorable Wilbert Joseph Keon, *vice-président*

Novembre 2004

TABLE DES MATIÈRES

Error! No table of contents entries found.

TABLE DES MATIÈRES.....	i
ORDRE DE RENVOI	iv
SÉNATEURS v	
INTRODUCTION: COMPARAISONS INTERNATIONALES	1
CHAPITRE 1: LES SOINS DE SANTÉ MENTALE EN AUSTRALIE.....	3
1.1 HISTORIQUE ET APERÇU	3
1.1.1 La prestation des soins de santé généraux en Australie	3
1.1.2 La stratégie nationale en matière de santé mentale.....	5
1.1.2.1 L'évaluation de la stratégie nationale en matière de santé mentale..	7
1.2 COÛTS ET FINANCEMENT DES SERVICES	
dE SANTÉ MENTALE.....	8
1.3 PRESTATION ET ORGANISATION DES	
SERVICES	11
1.3.1 L'hébergement au sein de la collectivité, les soins ambulatoires et	
les ONG	13
1.3.2 Les ressources humaines	14
1.3.3 Les services de santé mentale du secteur privé	16
1.3.4 La prestation des services de santé mentale aux aborigènes	17
1.4 TOXICOMANIE ET ABUS DE SUBSTANCES	
.....	18
1.5 PROMOTION ET PRÉVENTION	19
1.5.1 La prévention du suicide	20
1.6 PERSPECTIVES DE RÉFORME.....	21
1.7 OBSERVATIONS DU COMITÉ	23
CHAPITRE 2: LES SOINS DE SANTÉ MENTALE EN NOUVELLE-ZÉLANDE	
.....	25
2.1 HISTORIQUE ET APERÇU	25
2.1.1 La stratégie de santé mentale	27
2.2 COÛTS ET FINANCEMENT DES SERVICES	
DE SANTÉ MENTALE.....	30
2.3 PRESTATION ET ORGANISATION DES	
SERVICES	31
2.3.1 Les services aux Maoris	33
2.3.2 Les ressources humaines	35
2.4 PROMOTION ET PRÉVENTION	36
2.4.1 Le projet de lutte contre la stigmatisation et la discrimination	
associées à la maladie mentale	37

2.5	<i>PERSPECTIVES DE RÉFORME</i>	39
2.6	<i>OBSERVATIONS DU COMITÉ</i>	40
CHAPITRE 3: LES SOINS DE SANTÉ MENTALE EN ANGLETERRE		43
3.1	<i>HISTORIQUE ET APERÇU</i>	43
3.1.1	La santé mentale	45
3.2	<i>COÛTS ET FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE</i>	50
3.3	<i>PRESTATION ET ORGANISATION DES SERVICES</i>	52
3.3.1	Les ressources humaines	55
3.3.2	Les services aux minorités	55
3.4	<i>PROMOTION ET PRÉVENTION</i>	56
3.4.1	La lutte à la stigmatisation et à la discrimination	56
3.4.2	La prévention du suicide	58
3.5	<i>PERSPECTIVES DE RÉFORME</i>	60
3.6	<i>OBSERVATIONS DU COMITÉ</i>	61
CHAPITRE 4: LES SOINS DE SANTÉ MENTALE AUX ÉTATS-UNIS		63
4.1	<i>HISTORIQUE ET APERÇU</i>	63
4.1.1	La santé mentale	64
4.2	<i>COÛTS ET FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE</i>	67
4.2.1	Les coûts de la maladie mentale aux États-Unis	67
4.2.2	L'assurance santé mentale financée par l'État	68
4.2.3	L'assurance santé mentale privée	69
4.2.3.1	Les éléments de base de l'assurance santé mentale	69
4.2.3.2	L'organisation de l'assurance santé mentale privée	70
4.3	<i>ORGANISATION ET FOURNITURE DES SERVICES</i>	72
4.3.1	Les soins généraux et primaires	74
4.3.2	Les soins spécialisés	74
4.3.3	Les services à la personne	74
4.3.3.1	L'emploi	75
4.3.3.2	Le logement	75
4.3.3.3	Les services aux personnes incarcérées	76
4.3.3.4	L'accès aux services en milieu rural	76
4.3.3.5	Les services aux minorités	77
4.3.3.6	Les services aux enfants	78
4.4	<i>PROMOTION et PRÉVENTION</i>	79
4.4.1	La stratégie nationale de prévention du suicide	79
4.5	<i>PERSPECTIVES DE RÉFORME</i>	81
4.6	<i>OBSERVATIONS DU COMITÉ</i>	85
CHAPITRE 5: COMPARAISON DES SOINS DE SANTÉ MENTALE DANS LES QUATRE PAYS ÉTUDIÉS		87
5.1	<i>INTRODUCTION</i>	87
5.2	<i>HISTORIQUE ET APERÇU</i>	87

5.3	COÛTS ET FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE.....	88
5.4	PRESTATION ET ORGANISATION DES SERVICES	90
5.5	PROMOTION ET PRÉVENTION	91
5.6	PERSPECTIVES DE RÉFORME.....	93
5.7	OBSERVATIONS DU COMITÉ.....	94

ANNEXE A: LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ TROISIÈME SESSION DE LA 37 ^E LÉGISLATURE (2 FÉVRIER AU 23 MAI 2004)	I
--	---

ANNEXE B: LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ DEUXIÈME SESSION DE LA 37 ^E LÉGISLATURE (30 SEPTEMBRE 2002 – 12 NOVEMBRE 2003).....	IX
--	----

ANNEXE C: LISTE DES INDIVIDUS QUI ONT RÉPONDU À UNE LETTRE DU COMITÉ AU SUJET DES PRIORITÉS POUR LA RÉFORME DANS LE SECTEUR DE LA MALADIE MENTALE	XV
---	----

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 7 octobre 2004

L'honorable sénateur Kirby propose, appuyé par l'honorable sénateur Losier-Cool,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner, pour en faire rapport, les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système des soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le Comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale ;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur l'étude de la santé mentale et des maladies mentales par le Comité durant la trente-septième législature soient déferés au Comité ;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 16 décembre 2005 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions jusqu'au 31 mars 2006.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologies sur l'état du système de soins de santé (plus particulièrement sur la santé mentale):

L'honorable Michael J. L. Kirby, président du Comité

L'honorable Wilbert Joseph Keon, vice-président du Comité

Les honorables sénateurs:

Catherine S. Callbeck

Ethel M. Cochrane

Joan Cook

Jane Mary Cordy

Joyce Fairbairn, P.C.

Aurélien Gill

Janis G. Johnson

Marjory LeBreton

Viola Léger

Yves Morin

Lucie Pépin

Brenda Robertson (retraîtée)

Douglas Roche (retraité)

Eileen Rossiter (retraîtée)

Marilyn Trenholme Counsell

Membres d'office du Comité:

Les honorables sénateurs: Jack Austin P.C. (ou William Rompkey) et Noël A. Kinsella (ou Terrance Stratton)

Autres sénateurs ayant participé de temps à autre à cette étude:

Les honorables sénateurs Di Nino, Forrestall, Kinsella, Lynch-Staunton, Milne et Murray.

POLITIQUES ET PROGRAMMES DE CERTAINS PAYS EN MATIERE DE SANTE MENTALE

INTRODUCTION: COMPARAISONS INTERNATIONALES

Le présent document est le deuxième d'une série de quatre rapports produits par le Comité sénatorial des affaires sociales, de la science et de la technologie dans le cadre de son étude sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie. Le premier rapport, intitulé Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada, donne une idée générale des politiques et des services concernant la maladie mentale et la toxicomanie au Canada. Il tire les enseignements qui pourraient être utilement appliqués à la réforme de la santé mentale chez nous à partir d'une analyse des politiques et des programmes de quatre autres pays. Le premier et le deuxième rapports combinés nous ont fourni les données de base pour préparer notre troisième rapport : Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Problèmes et options. Celui-ci décrit les grands défis associés à la prestation des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie au Canada et propose des politiques pour s'attaquer à certains des problèmes soulevés. Dans son quatrième et dernier rapport, qui sera publié en novembre 2005, le Comité formulera ses recommandations de réforme.

Dans son étude du secteur des soins actifs au Canada, à laquelle il a consacré deux ans, le Comité s'est rendu compte à quel point il est important, dans le domaine de la politique de la santé, de ne pas se limiter à ce qui se passe à l'intérieur de nos propres frontières. C'est ainsi qu'il a consacré un volume entier sur les six concernant l'assurance-maladie, à un survol de l'expérience de plusieurs pays afin de tirer des enseignements susceptibles d'être appliqués au contexte canadien. Ayant constaté le retard relatif du Canada dans l'élaboration d'une stratégie nationale de promotion de la santé mentale et du traitement des maladies mentales, le Comité a éprouvé la nécessité d'effectuer des comparaisons internationales afin de disposer d'une référence valable et d'un repère intéressant en matière de formulation de politiques.

Comme la situation de chaque pays est particulière, la comparaison entre les expériences de chacun est forcément très limitée. Il peut être impossible de transposer les mesures prises d'un pays à l'autre à cause de la complexité des réseaux de soins de santé, tant du point de vue des modalités de financement que de celui des mécanismes de prestation de services, et à cause de l'enracinement de ces réseaux dans l'histoire, la politique et la culture de chaque pays. Cependant, étant donné que dans nos sociétés industrialisées les décideurs et le personnel traitant se heurtent à des problèmes semblables, il y a beaucoup à gagner d'une étude attentive de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas ailleurs dans le monde.

Qui plus est, il peut être extrêmement utile de disposer d'un cadre de comparaison pour dégager les dilemmes et les défis communs. Un tel cadre peut permettre de formuler des questions pour orienter de futures études, cerner les aspects à débattre et proposer des orientations de politiques. Le présent volume de notre rapport s'articule donc autour de quatre études de pays (l'Australie, la Nouvelle-Zélande, l'Angleterre et les États-Unis) et il se conclut par un chapitre établissant la synthèse des principaux enseignements que le Canada doit retenir.

Dans chaque cas, notre analyse porte sur les mêmes sujets de base, mais elle varie forcément dans le détail en fonction de l'expérience de chaque pays et de la documentation qui était disponible. Dans ses travaux, le Comité a bénéficié d'un sérieux coup de pouce venu d'éminents experts et décideurs de chaque pays étudié. Ces personnes, à qui nous adressons ici tous nos remerciements, ont témoigné par vidéoconférence. Pour effectuer la comparaison en question, le Comité ne disposait pas des ressources nécessaires pour effectuer une recherche poussée sur le terrain et il a donc dû s'en remettre aux documents accessibles sur Internet ou à ceux des collections de la Bibliothèque du Parlement.

Pour ce qui est de la consommation abusive de substances et de la toxicomanie, le Comité s'est, autant que possible, fondé sur les témoignages recueillis lors de ses séances. Toutefois, il est bien conscient qu'il faudrait effectuer beaucoup plus de recherches sur les politiques et les programmes de chaque pays avant d'entreprendre une quelconque comparaison internationale valable à ce sujet.

Pour autant que nous sachions, il n'existe pas de comparaison internationale des politiques et des pratiques en matière de santé mentale qui tienne compte des derniers développements dans les pays étudiés. Du moins, il n'en existe pas qui ressemble à celle que nous présentons dans les chapitres suivants. Cela étant, cette partie du rapport pourrait également aider les décideurs d'autres pays qui s'intéressent à la situation de leur propre système de santé mentale. Pour sélectionner les pays étudiés, le Comité a suivi les recommandations d'experts et de gens de terrain, sans compter que nous avons tenu à choisir des pays dont les systèmes de santé étaient à peu près comparables au nôtre. Le fait qu'il existe un système fédéral dans deux de ces pays (en Australie et aux États-Unis) et un système unitaire dans deux autres (Nouvelle-Zélande et Royaume-Uni) constitue un autre élément de comparaison.

CHAPITRE 1: LES SOINS DE SANTÉ MENTALE EN AUSTRALIE¹

1.1 HISTORIQUE ET APERÇU

1.1.1 La prestation des soins de santé généraux en Australie

Étant donné que l'Australie, comme le Canada, a un régime politique fédéral, la responsabilité de son système de soins de santé est partagée entre le gouvernement national (ou du Commonwealth) et les gouvernements infranationaux (c'est-à-dire ceux des six États et des deux territoires). Le gouvernement du Commonwealth joue cependant un plus grand rôle à l'intérieur du système de soins de santé que le gouvernement fédéral au Canada. Les États et les territoires dépendent notamment davantage du gouvernement du Commonwealth que les gouvernements provinciaux ne dépendent du fédéral au Canada pour ce qui est du financement de ces soins. En Australie comme au Canada, les gouvernements locaux (les municipalités) jouent un rôle relativement limité dans les soins de santé.

Le gouvernement du Commonwealth est responsable de la formulation, pour l'ensemble du pays, des politiques d'intérêt général dans les domaines de la santé publique, de la recherche en santé et de la gestion à l'échelle nationale de l'information sur la santé. Il administre « Medicare », qui est le régime national d'assurance-santé financé par l'État, et réglemente l'industrie privée de l'assurance-santé. Il finance et réglemente également les soins dispensés dans les foyers pour personnes âgées et finance et administre conjointement avec les États et les territoires certains soins de santé communautaires et à domicile. Le gouvernement du Commonwealth finance les soins de santé à partir de l'ensemble des taxes et des impôts ainsi que d'un impôt spécial au titre des soins de santé de 1,5 p. 100 prélevé sur le revenu imposable.

Les gouvernements des États et des territoires sont responsables, au premier chef et dans les limites de leur secteur de compétence, de la gestion et de la prestation des services de santé assurés par l'État. Ils fournissent les services de soins hospitaliers actifs et psychiatriques publics et une vaste gamme de services communautaires et de santé publique, ce qui inclut la santé en milieu scolaire, les soins dentaires et la santé des enfants et des mères. Ils sont également responsables de la réglementation des fournisseurs de soins de santé, de la délivrance des permis et de l'agrément des hôpitaux privés. Le financement des soins de

¹ À moins d'indication contraire, les renseignements contenus dans le présent chapitre proviennent des sources suivantes : Commonwealth Department of Health and Ageing (2002) *National Mental Health Report 2002: Seventh Report. Changes in Australia's Mental Health Services under the First Two Years of the Second National Mental Health Plan 1998-2000*; Australian Health Ministers, *National Mental Health Plan 2003-2008*; Thornicroft, G. et V. Betts 2002, *International Mid-Term Review of the Second National Mental Health Plan for Australia*; Whiteford, Harvey, Ian Thompson et Dermot Casey, « The Australian Mental Health System, » *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 23, n° 3-4, 2000; Whiteford, Harvey, Bill Buckingham et Ronald Manderscheid, « Australia's National Mental Health Strategy, » *British Journal of Psychiatry* (2002) 180; Groom, Grace, Ian Hickie et Tracey Davenport « *Out of Hospital, Out of Mind!* » avril 2003; *SANE Mental Health Report 2002-03*, SANE Australia; The Mental Health Council of Australia, *Promoting the mental health of all Australians, a 2001 Federal Election Submission*.

santé par les États et les territoires australiens provient essentiellement de subventions du gouvernement du Commonwealth, de l'ensemble des taxes et des impôts et des frais d'utilisation des services de santé.

En Australie, le régime d'assurance-maladie est obligatoire et il garantit donc une couverture universelle. Le régime public d'assurance-santé est plus étendu en Australie qu'au Canada, puisqu'il englobe les médecins, les hôpitaux, les médicaments vendus sur ordonnance et certains soins de santé communautaire et à domicile. Contrairement à ce qui se fait au Canada, il permet d'imposer des frais d'utilisation et une surfacturation pour des services de santé assurés par l'État. Le Medicare australien comporte plus exactement trois grands volets :

- Le Medical Benefits Scheme (MBS), régime d'assurance médicale qui garantit l'accès aux médecins (non rattachés à des hôpitaux). Le MBS répertorie une vaste gamme de services médicaux et prescrit les honoraires qui s'appliquent à chaque élément (les « honoraires prévus »), mais ne rembourse que 85 p. 100 des honoraires inscrits au barème des médecins. Par contre les médecins peuvent charger des honoraires plus élevés que ce qui est prévu au barème.
- Les Australian Health Care Arrangements (AHCA), accords sur les soins de santé qui servent de fondement au financement fourni par le gouvernement du Commonwealth aux États et aux territoires pour les services hospitaliers. Les fonds versés pour ces derniers par le gouvernement du Commonwealth revêtent la forme de subventions annuelles globales dont les montants sont négociés dans le cadre de l'établissement d'ententes quinquennales avec les États et les territoires, qui, en retour, acceptent de ne pas autoriser l'imposition de frais d'utilisation pour les services des hôpitaux publics.
- Le Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), régime d'assurance-médicaments reposant sur un formulaire pharmaceutique national qui assure gratuitement l'accès aux médicaments prescrits à l'extérieur des hôpitaux, sous réserve de seuils annuels. Une fois atteints, ces seuils donnent lieu à de nouvelles réductions des sommes que les particuliers doivent assumer.

En Australie, comme au Canada, quelque 70 p. 100 des dépenses affectées à la santé sont financées par le secteur public (46 p. 100 par le gouvernement du Commonwealth et 24 p. 100 par les gouvernements des États et des territoires) et 30 p. 100 par le secteur privé. La Constitution australienne permet au gouvernement du Commonwealth de percevoir des impôts sur le revenu; celui-ci finance une plus grande proportion des soins de santé que ne le fait le gouvernement fédéral au Canada. C'est le principal assureur public de médicaments vendus sur ordonnance et de services de médecins, puisqu'il finance environ 50 p. 100 des dépenses des hôpitaux.

Les États et, dans une moindre mesure, les gouvernements locaux sont responsables du gros des dépenses publiques. Environ 25 p. 100 de leurs budgets sont affectés aux soins de santé et à peu près 69 p. 100 de ces fonds sont alloués aux hôpitaux publics. Le financement des soins de santé par les gouvernements des États provient principalement de deux sources : premièrement, des recettes générales et des crédits limitatifs ciblés accordés par le

gouvernement du Commonwealth et, deuxièmement, de l'assiette des revenus généraux des États eux-mêmes. Le gouvernement du Commonwealth finance les États par le biais de subventions globales au titre de la santé, qui sont de plus en plus conditionnelles, et de versements inconditionnels de la TPS (taxe sur les produits et les services).

Par rapport à ce qui se fait au Canada, les régimes privés d'assurance-santé australiens s'inscrivent à la fois en complément et en concurrence du régime d'État. Les assureurs privés peuvent offrir les mêmes prestations que celles prévues par le régime public et les Australiens peuvent compléter la couverture de Medicare, mais ils ne peuvent se retirer du système public financé par leurs impôts. En Australie, les régimes complémentaires d'assurance sont tarifés sans distinction, ce qui veut dire qu'aucun *malus* ni *bonus* n'est imputé aux prestataires en fonction de leur âge, de leur sexe, de leur état de santé ou des risques potentiels qu'ils courent.

Pour ce qui est de la prestation des services, on recense en Australie un petit nombre d'hôpitaux privés à but lucratif bâtis et administrés par des entreprises privées et qui offrent des services hospitaliers en vertu de certaines modalités conclues avec les gouvernements de l'État et des territoires. Il demeure que la plupart des lits pour soins actifs et des cliniques de soins externes d'urgence se trouvent dans les hôpitaux publics. En règle général, les hôpitaux privés offrent des soins non urgents et moins complexes, comme les chirurgies électives simples.

Comme devait l'affirmer M. Dermot Casey, secrétaire adjoint, Direction des priorités sanitaires et de la prévention du suicide au ministère de la Santé et de la vieillesse du gouvernement de l'Australie, durant son témoignage par vidéoconférence :

Nous pensons que le secteur privé fait partie intégrante de notre régime de soins de santé. La politique du gouvernement est telle que les gens ont le choix quant à l'endroit où ils reçoivent leurs soins de santé. [...] Nous essayons d'encourager tous les États et les territoires à avoir des établissements privés, car la politique du gouvernement est d'avoir un seul système, mais de multiples choix.

1.1.2 La stratégie nationale en matière de santé mentale

Depuis 1992, la santé mentale est une priorité pour les gouvernements du Commonwealth, des États et des territoires. Opposition et majorité se sont entendus sur la ligne à tenir pour réformer les soins de santé mentale, ce qui a permis à l'Australie d'appliquer des points de repère internationaux à la définition et l'adoption d'objectifs nationaux en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies mentales.

C'est ainsi que la National Mental Health Policy (politique nationale en matière de santé mentale) a été adoptée par tous les États et les territoires et par le gouvernement fédéral en avril 1992. On a appelé cette politique, mise en œuvre au moyen d'une série de plans nationaux en matière de santé mentale d'une durée de 5 ans, la National Mental Health Strategy (stratégie nationale en matière de santé mentale).

Celle-ci a été la première tentative destinée à coordonner, à l'échelle nationale, la mise en place de services publics de santé mentale. On a commencé en Australie, comme dans d'autres pays occidentaux, au milieu des années 60 à réduire rapidement et sans aucune planification le nombre de lits à l'intérieur du réseau public d'établissements psychiatriques. Comme ailleurs, c'est une combinaison d'éléments (c'est-à-dire des traitements à l'aide de nouveaux médicaments, des progrès du côté des pratiques cliniques et l'émergence du mouvement en faveur des droits de la personne qui préconisait l'abolition des systèmes isolant les personnes handicapées de l'ensemble de la collectivité) qui a entraîné en Australie la marche vers la « désinstitutionnalisation ».

Selon certaines estimations, le nombre maximum de lits réservés aux soins psychiatriques, environ 30 000, aurait été atteint au début des années 60, époque où la population de ce pays correspondait à peu près à la moitié de sa population actuelle.² À ce moment-là, l'isolement et la garde (en milieu fermé) des gens qui souffraient d'une maladie mentale dominaient la culture thérapeutique et bien des lits réservés aux malades psychiatriques étaient situés dans des « asiles » ruraux, loin de leurs familles et de leurs réseaux sociaux. Le surpeuplement de ces établissements était général, puisqu'on entassait souvent jusqu'à 100 patients dans des pavillons normalement destinés à pourvoir aux besoins de 25 personnes. La réduction de la taille des hôpitaux amorcée dans les années 60 s'est cependant inscrite à l'intérieur du cadre d'une politique qui garantissait aucunement la mise sur pied de services communautaires en relève des établissements en voie de disparition.

La stratégie nationale en matière de santé mentale (SNSM), en partie pensée pour réagir à l'héritage de la réduction non planifiée du nombre de lits réservés aux soins psychiatriques, visait à établir une orientation cohérente qui guiderait une future réforme des services de santé mentale. Cette stratégie, approuvée en 1992 par tous les ministres australiens de la Santé, a établi un cadre de collaboration entre tous les ordres de gouvernement destiné à assurer la poursuite, échelonnée sur 5 ans, de 12 thèmes prioritaires convenus en vertu du First National Mental Health Plan (1993–1998), premier plan national en matière de santé mentale. Ses objectifs consistaient, entre autres, à :

- accroître la proportion de soins psychiatriques actifs pour malades hospitalisés fournis dans les hôpitaux généraux par rapport à celle des soins du même type assurés dans les hôpitaux psychiatriques séparés;
- inclure des services intégrés de santé mentale à l'intérieur de l'ensemble des dispositions relatives à l'organisation des services de santé générale;
- veiller à ce que chaque État, territoire et région aient un plan relatif à la combinaison des services offerts à sa population;
- réduire la taille ou fermer des hôpitaux psychiatriques et, en même temps, fournir suffisamment de services de soins actifs en milieu hospitalier, de services d'hébergement et de services de santé communautaire de substitution;
- accroître le nombre et la gamme de services d'hébergement supervisés offerts en milieu communautaire et assurer d'une gamme suffisante de services pour répondre aux besoins des usagers de soins de santé mentale.

² En juillet 2004, la population de l'Australie était estimée à 19 913 000 habitants.

L'adoption du régime national de santé mentale a, par ailleurs, été accélérée par les pressions exercées par le gouvernement du Commonwealth sur l'État et les territoires, comme M. Casey l'a expliqué au Comité :

Il est intéressant de noter que l'élan favorable à un changement en Australie est venu en réalité des États et des territoires qui demandaient au gouvernement fédéral d'assumer un rôle et d'intervenir en matière de soins de santé mentale. [...] On a soutenu que le gouvernement fédéral engageait des dépenses très élevées, mais qu'il n'exerçait aucun contrôle en amont, c'est-à-dire en vue d'améliorer ce qui se faisait en santé mentale. Voilà pour le contexte vers la fin des années 80 et au début des années 90.

Le premier plan national en matière de santé mentale a été suivi d'une seconde mouture que tous les ministres australiens de la Santé ont approuvée en juillet 1998. Ce nouveau plan fournissait un deuxième cadre quinquennal d'action (échelonné de 1998 à 2003) aux niveaux national, des États et des territoires. Il s'appuyait sur les réalisations liées à la politique nationale en matière de santé mentale et sur le premier plan national en la matière. Ce deuxième plan national visait principalement à consolider les réformes effectuées et en apporter dans d'autres domaines en mettant fortement l'accent sur les questions et les interventions liées à la santé de la population.

Trois autres thèmes prioritaires sont apparus dans ce deuxième plan national :

- promotion et prévention;
- partenariats en matière de réforme et de prestation des services;
- qualité et efficacité.

Un troisième plan national vient d'être adopté. L'avant-dernière partie du présent chapitre en donne un aperçu.

1.1.2.1 L'évaluation de la stratégie nationale en matière de santé mentale

Des experts internationaux qui ont effectué une évaluation à mi-terme de la réalisation du deuxième plan national en matière de santé mentale ont conclu que la Stratégie nationale et les premier et deuxième plans nationaux en matière de santé mentale (qui découlent de la Stratégie) reflètent un leadership exemplaire sur le plan des politiques en matière de santé mentale qui a mené en Australie à d'importantes réalisations dans le domaine, et ce, à tous les niveaux. Parmi les principales réalisations en question, ces consultants internationaux ont souligné l'intégration des évaluations et des interventions en matière de santé mentale à la fourniture des soins ordinaires ainsi que l'inclusion véritable des usagers de services de santé mentale et de leurs soignants dans le processus d'élaboration des politiques en matière de santé mentale, et ce, à tous les niveaux.

Selon les experts internationaux en question, à bien des égards, l'Australie est le chef de file mondial sur le plan de la promotion de la santé mentale, de la prévention de la maladie mentale, des mesures d'intervention précoce adoptées pour la combattre et de la réduction de la stigmatisation s'y rattachant. Ils estiment en outre que l'Australie fixe une norme pour d'autres pays en ce qui a trait à une initiative stratégique nationale qu'il est possible de mettre sur pied, qu'il faudrait lancer et qui montre comment les gouvernements central et les États (ou des provinces) d'un régime fédéral peuvent s'entendre et énoncer des principes en vue pour s'attaquer à des problèmes sociaux et de santé difficiles à régler. Les experts internationaux susmentionnés ont laissé entendre dans leur rapport d'examen qu'aucun autre pays n'a pris le temps de canaliser son capital intellectuel et politique pour élaborer un plan dont les objectifs mesurables sont aussi ambitieux. Ils affirment aussi que la stratégie australienne en matière de santé mentale de même que le premier et le deuxième plan national en matière de santé mentale sont des modèles internationaux pour les politiques dans ce domaine, ce qui a capté l'attention et l'imagination du monde entier.

D'après le Conseil de la santé mentale, principal groupe de pression non gouvernemental en matière de santé mentale, seulement 38 p. 100 des Australiens qui souffraient d'un trouble mental ont cependant pu avoir accès à des services de santé en 1997. Ce conseil a souligné qu'on est encore aujourd'hui grandement insatisfait de bien des aspects des services de santé mentale en Australie, malgré les progrès réalisés dans la foulée de la stratégie nationale en matière de santé mentale.

1.2 COÛTS ET FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Les dépenses pour les services de santé mentale³ effectuées en Australie par des tierces parties bailleurs de fonds (soit les gouvernements du Commonwealth, des États et des territoires ainsi que les assureurs privés) ont atteint 2,6 milliards de dollars australiens en 1999-2000,⁴ ce qui représentait environ 6,6 p. 100 de l'ensemble des dépenses brutes courantes affectées aux services de santé. Sur ces 2,6 milliards de dollars australiens, les États et les territoires en ont dépensé 1,6 en tout, le gouvernement du Commonwealth, 884 millions et les fonds privés de santé, 120 millions, soit, respectivement, 60,8, 34,5 et 4,7 p. 100.

³ Les estimations de dépenses fournies ici sont tirées du *National Mental Health Report (2002)* et n'englobent que la fourniture des « specialized mental health services » (services spécialisés de santé mentale). Elles excluent une vaste gamme de services dont ont besoin les gens atteint d'une maladie mentale, comme les services médicaux et hospitaliers généraux, de logement, de sécurité du revenu, d'emploi et de formation et les programmes généraux de soutien communautaire. On a noté dans le rapport susmentionné que les comparaisons au niveau international des dépenses au titre de la santé mentale de l'Australie exprimées sous forme de part du total des dépenses au titre de la santé ne sont pas fiables, parce qu'on utilise d'un pays à l'autre des méthodes différentes pour comptabiliser de telles dépenses. On inclut, par exemple, dans certains pays dans les limites des dépenses en question pour des montants qui sont expressément exclus des estimations australiennes comme les sommes consacrées aux services assurés aux alcooliques, aux toxicomanes et aux handicapés intellectuels, aux soins fournis aux personnes souffrant de démence ou au logement de toutes ces catégories de patients et aux versements de prestations de sécurité du revenu aux usagers de soins de santé mentale.

⁴ Le 9 août 2004, le dollar australien valait un peu plus de 94 cents canadiens.

On constate que les dépenses courantes pour les services de santé mentale en Australie, dépenses effectuées par les principaux responsables du financement, ont augmenté de 44 p. 100 en tout dans la période d'application de la SNSM (entre 1993 et 2000; dépenses exprimées ici en prix constants de 2000). Les dépenses allouées aux services de santé se sont accrues de 42 p. 100 dans la même période, ce qui signifie que les dépenses affectées aux soins de santé mentale ont relativement augmenté, mais n'y ont pas grimpé de façon significative.

Si le pourcentage du total des dépenses au titre de la santé consacrées aux services de santé mentale et aux activités qui s'y rattachent est demeuré relativement stable dans la période d'application de la SNSM, le gouvernement du Commonwealth australien a porté sa part du total des dépenses nationales affectées aux services de la santé mentale, passant de 27 p. 100 en 1992-1993 à 35 p. 100 en 1999-2000. Le principal élément moteur de cette augmentation, qui représente 68 p. 100 de la hausse des dépenses du gouvernement du Commonwealth australien, a été la croissance des coûts des médicaments utilisés en psychiatrie et fournis par l'entremise du Pharmaceutical Benefits Scheme. Les dépenses de ce dernier pour les médicaments utilisés en psychiatrie ont augmenté de 402 p. 100 entre 1992-1993 et 1999-2000, ce qui correspond à presque 4 fois le taux d'accroissement de l'ensemble des dépenses du PBS (105 p. 100) enregistrées dans la même période.

L'Australian Institute of Health and Welfare, institut de la santé et du bien-être de l'Australie, estime que pour 1996, il fallait attribuer aux troubles mentaux environ 30 p. 100 du fardeau financier dû aux maladies non mortelles et 27 p. 100 des années de travail et d'études perdues en raison de handicaps. Il estime également que les pertes de productivité découlant de troubles de santé mentale coûtent 5 milliards de dollars australiens par année. Selon cet organisme, les gens qui souffrent de troubles mentaux sont, en Australie, la cause de 5 fois plus de jours de travail perdus annuellement que ceux et celles qui souffrent de troubles somatiques, et que cela représente chaque année 70 millions de jours de travail et d'études.

Depuis l'entrée en vigueur de la politique nationale en matière de santé mentale originale, les Australiens veillent à ce que les économies qui découlent de la réduction planifiée du nombre et de la taille des hôpitaux psychiatriques autonomes soient réaffectées à la mise sur pied de nouveaux services de santé mentale. Tous les ordres de gouvernement ont pris l'engagement de maintenir leurs budgets d'une façon ou d'une autre afin qu'une réduction simultanée du financement des soins de santé mentale par les États et les territoires ne réduise pas à zéro les gains obtenus grâce aux économies ni les fonds additionnels dérivés de la SNSM. L'entente entre gouvernements destinée à conserver les ressources affectées à la santé mentale comportait deux volets :

- l'engagement de maintenir le niveau des dépenses affectées aux services de santé mentale;
- l'engagement aussi de réinvestir les ressources libérées à la suite de la fermeture ou de la rationalisation de services de santé mentale dans des programmes de santé mentale.

À cet égard, M. Casey a déclaré au Comité que les tentatives visant à maintenir le niveau de financement des soins de santé mentale ont si bien abouti que plus aucune mesure n'est nécessaire sur ce plan :

En fait, l'une des craintes du gouvernement fédéral, il y a dix ans, c'était que si nous donnions de l'argent pour la santé mentale, les États et les Territoires se contenteraient de le prendre et de le consacrer à autre chose. Nous avons une entente stipulant qu'ils maintiendraient leur niveau de financement si le gouvernement fédéral augmentait le montant total. Nous avons suivi à la trace l'argent dépensé, et les États et Territoires devaient faire rapport à une instance de contrôle des dépenses. Nous n'avons plus besoin de ce système aujourd'hui, dix ans plus tard, parce que conscients de l'importance de cet aspect à leur niveau et de la controverse politique que cela occasionnerait dans les collectivités, les gouvernements ne dépenseraient pas ces montants à d'autres fins.

Les changements apportés dans la période qui a suivi l'adoption de la SNSM visaient à réduire la dépendance de l'Australie envers les soins en établissement, à renforcer les solutions de rechange en matière de soins de santé communautaire et à commencer à combler l'insuffisance des réseaux de services de santé mentale constatée lors des nombreuses enquêtes menées au cours de la décennie précédente. Dans les cinq premières années d'application de la SNSM :

- les dépenses affectées aux services communautaires ont augmenté de 87 p. 100 en chiffres absolus;
- les ressources libérées à la suite de la réduction du nombre/de la taille des établissements hospitaliers ont été réinvesties dans des services de rechange et ont fourni environ la moitié des fonds additionnels utilisés pour développer les services communautaires.

À partir de 1998-1999, les dépenses affectées aux hôpitaux psychiatriques séparés ont été réduites de 13 autres pour cent si bien qu'en 1999-2000, les établissements psychiatriques autonomes ne représentaient que 23 p. 100 du total des dépenses allouées aux services de santé mentale (comparativement à 49 p. 100 en 1992-1993). En outre, les dépenses affectées aux services communautaires ont augmenté de 16 p. 100 durant cette période, ce qui a porté l'augmentation des dépenses allouées à ces services depuis l'entrée en vigueur de la SNSM à 117 p. 100 en tout. Étant donné que les trois quarts environ de la hausse des dépenses effectuées depuis le début de l'application de la stratégie en question ont été affectés aux services de soins ambulatoires.⁵ En 1999-2000, 49 p. 100 du total des dépenses consacrées aux services de santé mentale étaient alloués à des services communautaires, contre 29 p. 100 au début de l'application de la stratégie.

⁵ Les soins ambulatoires s'appliquent à tous les services de santé mentale consacrés à l'évaluation, au traitement, à la réhabilitation ou aux soins de patients traités en externe.

Dans le septième rapport national sur la santé mentale (publié en 2002), à la suite de son analyse des tendances observées en dépenses de santé mentale depuis l'application de la SNSM, le ministère de la santé et du vieillissement du Commonwealth australien tire les conclusions suivantes :

- Les engagements pris par tous les gouvernements australiens pour conserver les ressources affectées à la santé mentale durant une période où les choses ont évolué rapidement ont été respectés. Les dépenses qu'ils affectent chaque année à la santé mentale ont progressé de 46 p. 100 en chiffres absolus depuis 1992-1993. Les dépenses allouées à la santé mentale ont, en moyenne, continué d'augmenter chaque année en vertu aux termes du deuxième plan national en matière de santé mentale.
- On dépense maintenant en Australie 778 millions de dollars de plus en fonds publics au titre des services de santé mentale – ou 33 \$ de plus par personne et par année – qu'on le faisait dans les débuts de la SNSM. Une bonne partie de cette augmentation est affectée au développement des services communautaires.
- L'augmentation des dépenses affectées à la santé mentale reflète simplement les tendances observées sur le plan de l'ensemble des dépenses allouées à la santé. Résultat : la « part » du total des dépenses en santé consacrée à la santé mentale est demeurée la même et elle n'a pas beaucoup augmenté, même si elle est importante en chiffres absolus.
- Les subventions qu'accorde le gouvernement du Commonwealth aux États et aux territoires en vertu de la SNSM ne représentent que 3 p. 100 de leurs dépenses annuelles à ce titre, mais elles ont permis de générer des fonds pour de nouveaux services et de guider l'ensemble du processus de réforme. La SNSM, fondée sur la collaboration, semble avoir permis d'empêcher un phénomène de transfert des coûts qui inquiète bien de promoteurs d'initiatives de partenariat entre les gouvernements du Commonwealth et des États australiens.

Certains ont cependant fait observer que la SNSM a permis d'accroître et de réaffecter les dépenses pour les services de santé mentale en Australie, mais qu'on alloue encore trop peu de ressources à ce secteur. Des défenseurs et des promoteurs des services de santé mentale soutiennent, par exemple, que le niveau des dépenses affectées à la santé mentale en Australie (6,6 p. 100 du total des dépenses en santé), demeure inférieur à celui constaté dans des pays comparables, y compris le Canada, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni.

1.3 PRESTATION ET ORGANISATION DES SERVICES

En Australie les services en santé mentale sont offerts par le truchement de tout un éventail de programmes. Dans le secteur public, le modèle type de prestation de services spécialisés en santé mentale donne lieu à la fourniture de services à un bassin de population déterminé et il y a intégration des services entre milieu communautaire et milieu hospitalier. On y fournit des services aux malades hospitalisés dans les hôpitaux généraux et dans les hôpitaux psychiatriques séparés. Les services de soins communautaires dans ce pays comprennent une gamme de types de services, y compris des services cliniques, de suivi et de traitements mobiles et d'intervention d'urgence (mobiles également). On pratique souvent la gestion de

cas pour coordonner les services fournis dans différents milieux. Les services de logement, de soutien aux handicapés, d'emploi et de sécurité du revenu sont financés en vertu d'autres programmes gouvernementaux. Les gouvernements des États et des territoires continuent à jouer le rôle le plus important en matière de prestation de services spécialisés en santé mentale parce qu'ils sont, directement ou indirectement, les principaux responsables de la fourniture et de la gestion de la plupart des services.

Le niveau et la combinaison des services fournis aux malades hospitalisés ont énormément changé depuis les débuts de la SNSM. Quand cette stratégie est entrée en vigueur, en 1992 :

- 73 p. 100 des lits réservés aux soins psychiatriques étaient situés dans des établissements autonomes;
- 29 p. 100 seulement des ressources allouées à la santé mentale étaient affectées aux soins de santé communautaire;
- les hôpitaux psychiatriques autonomes représentaient la moitié du total des dépenses affectées à la santé mentale par les États et les territoires;
- moins de 2 p. 100 des ressources étaient allouées à des programmes non gouvernementaux destinés à aider des gens qui vivaient dans la collectivité.

En juin 2000, les 1 991 lits jusque-là réservés aux soins psychiatriques dans le secteur public avait été diminués de 25 p. 100. Au début de l'application de la SNSM, 55 p. 100 seulement des lits réservés aux soins psychiatriques actifs étaient situés dans les hôpitaux généraux, proportion qui a grimpé à 73 p. 100 à la fin de la mise en œuvre du premier plan national en matière de santé mentale, en 1998. En juin 2000, au moins 80 p. 100 des lits réservés aux soins psychiatriques actifs étaient situés dans les hôpitaux généraux à cause de la réduction alors en cours des services de soins actifs dans les hôpitaux psychiatriques autonomes et d'une augmentation de 13 p. 100 du nombre de lits (par rapport à 330) dans les services de soins actifs des hôpitaux généraux. Depuis l'entrée en vigueur de la SNSM, le nombre de lits réservés aux soins psychiatriques actifs situés dans les hôpitaux généraux a augmenté de 51 p. 100, soit de 990.

La SNSM ne prescrit pas de niveau optimal ni de combinaison optimale pour ce qui est des services aux patients hospitalisés. Elle reconnaît plutôt les conditions et les contextes historiques différents de tous les secteurs de compétence et la nécessité que les plans en matière de santé mentale reposent sur une analyse des besoins de la population locale. Il peut donc exister d'énormes différences sur le plan des services entre les États et les territoires. On soulignait dans les premiers rapports nationaux sur la santé mentale que les États et les territoires australiens s'entendaient généralement pour disposer d'une vingtaine de lits de soins psychiatriques actifs par 100 000 habitants. Il ne s'est pas encore dégagé de consensus semblable au sujet de la fourniture des lits autres que ceux réservés aux soins psychiatriques actifs.

1.3.1 L'hébergement au sein de la collectivité, les soins ambulatoires et les ONG

La surveillance de l'hébergement au sein de la collectivité, établie selon la SNSM, consiste principalement à déterminer dans quelle mesure chaque État et chaque territoire mettent sur pied des services de logement communautaires de substitution, supervisés 24 heures sur 24. Il a été proposé de créer des services de ce genre, connus sous divers vocables comme « community care units » (services de soins communautaires) et « psychiatric hostels » (foyers psychiatriques), pour qu'ils prennent la relève des services traditionnellement assurés dans les services de soins de longue durée des hôpitaux psychiatriques. En juin 2000, l'Australie offrait 1 382 lits à l'intérieur de services communautaires d'hébergement supervisés, soit 68 p. 100 de plus qu'en juin 1993.

Au niveau agrégé à l'échelle nationale, cependant, l'augmentation du nombre de lits réservés aux soins psychiatriques dans les services de logement en milieu communautaire supervisés (558) ne représente qu'un quart environ de la diminution des lits de soins de longue durée dans les hôpitaux psychiatriques (2 285). L'essor des services de logement en milieu communautaire a donc été inégal, variant énormément d'un État ou d'un territoire à l'autre. Aucun consensus entre ces derniers ne s'est encore dégagé au sujet de points de référence en matière de planification pour la fourniture de services spécialisés d'hébergement dans la collectivité. Il a été établi que la création d'un nombre insuffisant de services du genre par la plupart des secteurs de compétence constitue un problème important étant donné l'engagement de tous les États et territoires australiens à mettre sur pied une gamme complète de services communautaires pour prendre la relève des services traditionnellement assurés par les hôpitaux psychiatriques autonomes. À ce sujet, M. Casey devait indiquer au Comité :

Nous avons effectivement réformé toute la prestation des services. Cependant, ce que nous n'avons pas très bien réussi, c'est d'intervenir au niveau de l'emploi, du logement et des soins sociaux pour faire en sorte que ceux qui souffrent de maladie mentale — je crois que c'est l'expression que nous utilisons actuellement puisque la personne ne guérira pas forcément — sont capables de le faire dans un contexte d'interaction sociale maximale et de participation à la vie sociale qui, comme telles, les aideront à demeurer stables et à se rétablir. Le traitement médical à lui seul n'est pas une réponse adéquate aux problèmes des personnes atteintes de troubles mentaux.

Les services de soins ambulatoires désignent tous les services de santé mentale qui consistent exclusivement à évaluer, à traiter, à réadapter et à soigner les malades non hospitalisés. Cette catégorie comprend : les services de consultations externes (des hôpitaux et des cliniques); les équipes mobiles d'évaluation et de traitement; les programmes de jour et les autres services qui visent uniquement à évaluer, à traiter, à réadapter et à soigner les personnes souffrant d'une maladie mentale ou d'une déficience psychique qui vivent dans la collectivité. En 1999-2000, on comptait 90. p. 100 de plus de personnel clinique affecté à la fourniture de soins ambulatoires en santé mentale que durant l'année de référence (antérieure à la date d'application de la SNSM), ce qui représente environ 3 000 personnes de plus.

Dans le cadre de la SNSM, on a aussi prévu que les organisations non gouvernementales (ONG) à but non lucratif joueraient un rôle clé dans la prestation des services de soutien aux usagers de soins en santé mentale et à leurs soignants. Le secteur des ONG offre une vaste gamme de services, y compris des programmes d'extension des services à domicile pour aider les gens qui emménagent dans leur nouveau chez-soi, des services de remise en état des logements, des programmes de loisirs, des groupes d'entraide et de soutien mutuel ainsi que des services de relève des soignants et de défense et de promotion des droits des malades dans tout le réseau de la santé.

Dans le premier rapport national sur la santé mentale en Australie, on pouvait lire que le financement octroyé aux ONG était limité et que les services nécessaires pour aider les soignants de personnes souffrant de troubles mentaux étaient mal conçus dans les premiers temps de l'application de la SNSM. La base de financement du secteur des ONG s'est relativement améliorée entre 1993 et 1998, sa part des dépenses annuelles consacrées à la santé mentale ayant grimpé de 2 à 5 p. 100 durant cette période, avant de passer à 5,4 p. 100 en 1999-2000.

Le rôle que jouent les ONG varie d'un ressort à l'autre, ce qui reflète les différences sur le plan de l'organisation et de la prestation des services. Dans certains secteurs de compétence, les services fournis par les ONG remplacent de plus en plus ceux jadis assurés par le secteur gouvernemental ou les services cliniques. L'État de Victoria, par exemple, a transformé les ONG à but non lucratif en principaux fournisseurs de programmes de réadaptation psychosociale, dont beaucoup étaient précédemment limités à des services cliniques, et finance les nouveaux types de services de soutien en cas de déficience psychique. La SNSM n'a pas encore permis de dégager un consensus national au sujet des modèles de prestation de services souhaitables pour le développement du secteur des ONG.

1.3.2 Les ressources humaines

Le personnel des services de santé mentale en Australie est, actuellement, surtout composé d'omnipraticiens, de psychiatres, d'infirmières et infirmiers spécialisés en santé mentale, d'ergothérapeutes, de psychologues et de travailleurs sociaux. On estime que le personnel clinique employé dans les services publics de santé mentale a augmenté de 15 p. 100 depuis l'adoption de la SNSM, ce qui équivaut à une environ 2 100 employés de plus. La moitié de cette augmentation a été enregistrée pendant l'application du deuxième plan national en matière de santé mentale.

Cet accroissement du personnel s'est accompagné de changements tant sur le plan des installations que sur celui de la composition des effectifs. Une plus grande proportion du personnel clinique travaille maintenant à l'extérieur des hôpitaux et dispense des traitements au sein d'une gamme de milieux communautaires. En outre, le personnel clinique représentait une plus grande proportion (79 p. 100) du total des effectifs en 1999-2000 qu'au début de l'application de la SNSM (70 p. 100, d'après les estimations). Ce changement s'est produit pendant l'intégration des services et leur transfert au milieu communautaire. Depuis le début de l'application de la SNSM :

- le personnel des services en milieu hospitalier a diminué de 14 p. 100 en tout (il représentait 53 p. 100 de l'ensemble des effectifs en 1999-2000 contre 71 p. 100 en 1992-1993);
- les effectifs des services de soins ambulatoires et des services en milieu d'hébergement ont augmenté de 87 p. 100 (ils représentaient 47 p. 100 du personnel affecté à la prestation de services en 1999-2000 contre 29 p. 100 en 1992-1993);
- le personnel médical s'est accru de 27 p. 100 (il équivalait à 11 p. 100 du personnel clinique en 1999-2000);
- l'effectif paramédical (psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes et autres thérapeutes) a augmenté de 55 p. 100 (contre 21 p. 100 du total des effectifs en 1999-2000);
- le personnel infirmier s'est accru de 7 p. 100 (il constituait 65 p. 100 de l'ensemble du personnel clinique en 1999-2000).

En même temps, tous les ressorts ont signalé des pénuries de personnel qui sont particulièrement graves dans le secteur des soins infirmiers, ce qui influe tant sur la quantité que sur la qualité des soins de santé. Des rapports indiquent que les taux de conservation des effectifs diminuent actuellement dans toutes les disciplines de la santé mentale et que le nombre de nouveaux diplômés n'est peut-être pas suffisant pour faire face au fardeau qu'impose la maladie mentale.

Par ailleurs, il existe encore entre les États et les territoires des iniquités sur le plan du nombre de professionnels de la santé mentale dans le secteur public. Ce sont surtout les États et les territoires qui ont de vastes régions rurales qui éprouvent de la difficulté à recruter suffisamment de personnel qualifié. Comme il existe peu de normes pour aider les États et les territoires australiens à prévoir leurs besoins de main-d'œuvre, il reste bien des défis à relever. Par exemple :

- L'effectif infirmier semble trop insuffisant pour doter ne serait-ce que les postes actuels. L'avenir est encore plus décourageant, puisque ce personnel vieillit, qu'il n'y a pas suffisamment de recrues pour le remplacer et que la stratégie actuelle des États et des territoires australiens semble consister à débaucher les employés des bassins limités d'autres secteurs de compétence.
- Les psychiatres sont mal répartis et ils sont, en grande partie, établis dans les régions métropolitaines (86,1 p. 100 d'entre eux exerçant dans les capitales, 5,4 p. 100, dans les grandes régions urbaines, 4,9 p. 100, dans les grands centres urbains et 3,5 p. 100, dans les régions rurales et éloignées).
- D'après les normes internationales, les psychologues sont relativement peu nombreux à l'intérieur des services de santé mentale des États et des territoires australiens et ils sont beaucoup trop souvent utilisés comme gestionnaires de cas génériques. Leur utilisation comme gestionnaires de cas dilue souvent inutilement leurs compétences et leurs connaissances spécialisées à un moment où de plus en plus d'éléments prouvent l'efficacité des interventions sur le plan des comportements

cognitifs pour traiter les troubles dépressifs reliés à l'anxiété et les troubles psychotiques.

M. Casey a précisé au Comité que le gouvernement australien a adopté des mesures destinées à faciliter la prestation de soins aux personnes souffrant de maladie mentale par les médecins primaires. Il nous a notamment décrit un programme adopté par le gouvernement fédéral il y a trois ans dont l'objet est de récompenser financièrement les omnipraticiens qui consacrent davantage de temps aux personnes ayant des problèmes de santé mentale. Ce programme, nous a-t-il déclaré :

[...] donne la possibilité [aux omnipraticiens] de faire intervenir des psychologues comme membres essentiels de l'équipe de traitement de la maladie mentale et cela améliore leur formation et leurs connaissances et leur assure des services de consultation d'urgence de manière qu'ils ne se sentent pas seuls pour régler le problème lorsqu'ils acceptent de s'occuper des problèmes de santé mentale de leurs patients. On nous a dit que si vous êtes omnipraticien et que quelqu'un se présente à votre cabinet et que vous pensez que cette personne a un problème de santé mentale, vous restez silencieux, parce que si vous ouvrez le dialogue, vous serez encore là vingt ou trente minutes plus tard et, évidemment, le paiement à l'acte est le mode de traitement en vigueur. Nous les avons encouragés en leur disant que si cela prend vingt minutes, nous allons les payer davantage pour avoir consacré ce temps aux malades. À l'heure actuelle, environ 15 p. 100 de notre main-d'oeuvre d'omnipraticien s'est inscrite à ce programme. Nous disposons donc de 3 500 omnipraticiens qui participent à ce programme et qui se reconnaissent comme des gens qui peuvent offrir un peu plus de soins en santé mentale et des soins un peu meilleurs. Il s'agit d'un nouveau programme.

1.3.3 Les services de santé mentale du secteur privé

La priorité du deuxième plan national australien en matière de santé mentale était le renforcement des rôles complémentaires en santé mentale entre les services du secteur public et ceux du secteur privé. Ce dernier offre une gamme de services de soins de santé mentale, y compris des services fournis par des psychiatres de pratique privée qui sont financés grâce au Medicare Benefits Schedule du gouvernement du Commonwealth et des services de soins hospitaliers et de santé communautaire assurés par des hôpitaux privés, pour lesquels des fonds privés d'assurance-santé versent des prestations.

Les services du secteur privé incluent également des services limités fournis par les hôpitaux généraux et des services assurés par les omnipraticiens et d'autres professionnels de la santé. Les hôpitaux psychiatriques privés dispensent principalement des soins aux malades hospitalisés, ce qui est conforme à l'historique des services de soins de santé en Australie et à la principale façon dont les fonds d'assurance-santé versent des prestations pour la fourniture de soins de santé mentale.

Le secteur privé joue donc un rôle clé dans la prestation de l'ensemble des services. En 1999-2000, ce secteur :

- fournissait 21 p. 100 du total des lits réservés aux soins psychiatriques (par rapport à 14 p. 100 en 1992-1993, en raison d'une augmentation du nombre de lits offerts dans ce secteur combinée à la réduction du nombre de lits offerts dans le secteur public);
- employait, d'après les estimations, 12 p. 100 de tous les professionnels australiens de la santé mentale;
- traitait, toujours d'après les estimations, entre 50 et 60 p. 100 de tous les gens vus par les spécialistes du secteur de la santé mentale.

Voici, à ce sujet, ce que M. Casey a expliqué au Comité :

Notre secteur privé est très compliqué, mais il traite une assez grande proportion de la population, et le secteur privé dans son ensemble, psychiatres, médecins de famille et hôpitaux privés, est devenu partie intégrante de la stratégie nationale en matière de santé mentale. Ce n'est pas seulement une stratégie du secteur public. Nous avons obtenu l'adhésion du secteur privé. En un sens, quiconque veut s'occuper de santé mentale dans notre pays doit adhérer au club et être perçu comme partie intégrante de la stratégie, faute de quoi il se retrouve sur la touche quant aux grandes décisions politiques prises à l'échelle nationale.

On a enregistré d'énormes augmentations dans le secteur des hôpitaux psychiatriques privés depuis l'entrée en vigueur de la SNSM. Le nombre de fournisseurs de soins de santé mentale en milieu hospitalier s'est accru de 36 p. 100 et le nombre de lits pour malades hospitalisés de 28 p. 100 en tout, tandis que les recettes ont progressé de 48 p. 100 entre 1992-1993 et 1999-2000 dans ce secteur. Parallèlement à ces changements, le secteur a transformé son modèle général de prestation de soins en un modèle qui consiste à fournir à ses clients une proportion beaucoup plus élevée de services suivant la formule des soins dispensés le jour de l'admission. De 1992-1993 à 1999-2000, le nombre d'admissions d'une journée a grimpé de 39 à 69 p. 100 de toutes les admissions. On estime qu'en 1999-2000 dans le secteur privé, les recettes des services psychiatriques ont atteint 168,2 millions de dollars, soit une augmentation à prix constant de 48 p. 100 depuis 1992-1993.

Même si 1,47 p. 100 des Australiens voit un psychiatre de pratique privée au moins une fois par an, l'accès à ce genre de service est inégal en raison de la concentration des fournisseurs de soins psychiatriques dans les capitales (Melbourne, Adelaïde et Sydney, en particulier). La répartition des services a peu changé depuis l'entrée en vigueur de la SNSM.

1.3.4 La prestation des services de santé mentale aux aborigènes

M^{me} Jenny Hefford, secrétaire adjointe, Direction de la stratégie contre la drogue au ministère de la Santé et de la vieillesse, a indiqué au Comité que les aborigènes présentent un tableau de santé moins reluisant que celui des Australiens non aborigènes et que leur espérance de vie est de quelque 20 ans inférieure à ces derniers. Elle devait ajouter :

Les aborigènes ont des taux beaucoup plus élevés chez nous pour toutes les toxicomanies. Le taux de tabagisme, par exemple, est beaucoup plus élevé parmi les aborigènes que parmi les autres Australiens. Les problèmes de toxicomanie, surtout l'alcoolisme et l'inhalation d'essence, atteignent des proportions extrêmes dans certaines communautés aborigènes.

Plusieurs rapports soulignent que la prestation de services de santé mentale destinés aux aborigènes n'est actuellement pas assez adaptée aux spécificités culturelles de ces communautés. Voici certaines des raisons avancées pour expliquer ce manque de pertinence culturelle :

- connaissance et compréhension insuffisantes chez les professionnels de la santé, des points de vue et de la culture des aborigènes;
- connaissance insuffisante des différentes façons dont les gens conceptualisent et définissent la maladie et la santé;
- compréhension limitée de la nature et de l'ampleur des besoins en santé mentale au sein des communautés aborigènes;
- trop petit nombre de consultations menées par les gouvernements et par les professionnels de la santé auprès des aborigènes australiens;
- manque d'éducation et de formation.

M. Casey, quant à lui, a précisé au Comité que les attitudes évoluent et qu'on admet de plus en plus que « les aborigènes ont beaucoup à nous offrir pour ce qui est de comprendre la relation entre la façon dont on fait l'expérience du monde qui nous entoure sous l'angle psychologique et social, et les répercussions que tout cela peut avoir dans la manière de vivre physiquement sa vie en éprouvant un sentiment de mieux-être ».

1.4 TOXICOMANIE ET ABUS DE SUBSTANCES

M^{me} Hefford a indiqué au Comité que « les dossiers des toxicomanies sont traités à même le volet santé publique », qu'ils sont considérés comme une question relevant de la santé publique plutôt qu'en tant que problème exclusif de santé mentale. Elle a précisé que l'approche australienne reposait sur trois piliers : 1) la réduction de l'offre, c'est-à-dire la surveillance des frontières et la fermeture des laboratoires clandestins afin de retirer le produit de la rue; 2) la réduction de la demande par le recours à des campagnes gouvernementales et à une éducation des jeunes dans les écoles axée sur la drogue; 3) la réduction des préjugés, qui concerne les services de traitement et les programmes d'orientation pour les jeunes, afin de leur éviter d'avoir des démêlés avec la justice.

Elle devait ajouter que le secteur des soins de courte durée, en particulier du côté des hôpitaux, ne joue qu'un rôle très limité. Il administre des programmes de désintoxication et s'occupe des décès causés par les surdoses, quand les choses vont au plus mal. Le secteur des soins primaires, quant à lui, cible essentiellement la dépendance envers les opiacés. Les

médecins de pratique générale prescrivent de la méthadone et les pharmaciens administrent des programmes de distribution de ce produit, programmes dont 30 000 Australiens bénéficient actuellement.

M^{me} Hefford devait ajouter que « jusqu'à 60 ou 70 p. 100 de la clientèle des services de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme ont un trouble mental sous-jacent ou non diagnostiqué ». Elle a conclu son propos en affirmant que, même si certains d'entre eux passent encore au travers des mailles du filet, les choses se sont améliorées ces dernières années. Elle a insisté sur la démarche davantage coopérative qui prévaut entre les secteurs et entre les divers ordres de gouvernement.

Nous avons maintenant une stratégie dans laquelle le gouvernement fédéral a injecté un milliard de dollars au cours des cinq ou six dernières années. Elle englobe la santé, le maintien de l'ordre, l'éducation et les douanes au niveau fédéral, au niveau des États et au niveau local. Nous croyons mieux travailler en réalité à régler les problèmes grâce à cette approche transsectorielle et transdisciplinaire. Cela signifie, par exemple, que nous avons réussi à lancer des programmes de déjudiciarisation hâtive pour les jeunes qui se font prendre par les policiers en possession de cannabis ou de petites quantités d'autres drogues et auxquels on offre la possibilité de ne pas avoir de verdict enregistré contre eux à condition de se soumettre à une évaluation et à un traitement. Certaines de ces mesures ont connu beaucoup de succès. Ainsi, entre 30 000 et 40 000 jeunes ont été écartés du système judiciaire et ont reçu des traitements grâce à ce processus.

1.5 PROMOTION ET PRÉVENTION

À la faveur de la SNSM et parallèlement à cette dernière, les Australiens ont administré toute une diversité de projets de promotion de la santé et de prévention de la maladie.

M. Casey a expliqué au Comité que le fait, pour l'Australie, d'avoir « commencé à tenir compte de la population globale en matière de santé mentale » a donné lieu à de vastes campagnes d'information dans le domaine. Dans le milieu des années 90, des campagnes de publicité ont été entreprises à la télévision, au cinéma et dans les journaux avec, pour seul objectif, de sensibiliser la population aux problèmes de santé mentale. Ces actions ont été suivies par des initiatives plus ciblées, notamment par un programme de promotion de la santé mentale au secondaire, ce qui a donné de bons résultats puisque près de 70 p. 100 des écoles l'offrent.

Par ailleurs, une société privée sans but lucratif, financée par le gouvernement, a été créée en octobre 2000 avec pour objectif de mieux faire connaître la dépression. Ce projet, baptisé « *beyondblue* » (plus que du cafard), est administré en partenariat avec les services de santé, les écoles, le milieu de travail, les universités, les médias et les organismes communautaires, et en collaboration avec les personnes souffrant de dépression afin de pouvoir bénéficier de leur

expérience en la matière. Dans le rapport annuel de 2002-2003, le président de *beyondblue*, l'honorable Jeff Kennett, écrit :

En 2000, au début du projet, rares étaient ceux qui étaient prêts à prendre publiquement la parole au sujet de la dépression et de leur expérience. Le traitement dans les médias était souvent négatif, les obstacles sur les plans de l'assurance et de l'emploi étaient considérables et il n'existait, à l'échelon national, aucun porte-parole ni aucun service de défense pour ceux et celles atteints de cette maladie. Les médecins généralistes de l'Australie n'étaient pas directement récompensés quand ils offraient de meilleurs services et rien n'était prévu pour favoriser l'accès à des traitements non pharmaceutiques. Si, en 2003, bien des défis demeurent, de grands progrès ont été réalisés sur tous ces plans.

La National Media Strategy (stratégie nationale d'intervention auprès des médias) est un autre projet dans le cadre duquel le gouvernement a collaboré directement avec les médias afin de promouvoir un discours moins négatif sur la santé mentale et la prévention du suicide. Dans le cadre de cette stratégie, appliquée dans les écoles de journalisme et les universités, on enseigne aux futurs journalistes comment ils devraient traiter de ces questions quand ils en rendent compte à la collectivité en sorte de ne pas stigmatiser ceux et celles qui sont atteints de maladies mentales.

M. Casey a indiqué que ces diverses initiatives ont permis d'améliorer « la sensibilisation de la population australienne à l'égard de la maladie mentale d'environ 10 p. 100 depuis 1996 », et il devait ajouter :

[...] nos données sur les prises de contact avec les hôpitaux et sur des prises de contact avec les services de santé révèlent que la proportion de la population qui cherche à obtenir des soins est plus grande qu'au moment où nous avons réalisé notre étude épidémiologique. Nous pourrions en conclure qu'au moins les gens sont maintenant plus prêts à chercher un traitement — et, évidemment, il y a de nombreux traitements efficaces.

1.5.1 La prévention du suicide

L'Australie dispose d'un cadre d'action en matière de prévention du suicide et de l'automutilation baptisé *Living Is For Everyone* (LIFE) (La vie pour tous). Ce cadre traite du suicide dans toutes les tranches d'âge, mais il concerne particulièrement les adolescents et les jeunes adultes chez qui on peut le plus déplorer le caractère prématuré du décès et la perte de potentiel.

Le cadre LIFE obéit à quatre grands objectifs :

- Réduire les décès dus au suicide dans toutes les tranches d'âge de la population australienne et réduire les pensées suicidaires, les comportements suicidaires ainsi que les blessures et l'automutilation qui en découlent.

- Améliorer le ressort psychologique et la capacité d'initiative, le respect, le sens de l'interdépendance et la santé mentale chez les adolescents, leurs familles et la société en général, et réduire la prévalence des facteurs de risque du suicide.
- Accroître les moyens de soutien mis à la disposition des particuliers, des familles et des collectivités touchés par le suicide ou les comportements suicidaires.
- Mettre en œuvre un ensemble d'approches communautaires en matière de prévention du suicide et faire en sorte qu'une plus grande partie de la population comprenne le suicide et ses causes.

1.6 PERSPECTIVES DE RÉFORME

Comme nous l'avons souligné précédemment, l'Australie a adopté un nouveau plan national en matière de santé mentale, pour la période 2003 à 2008, qui s'appuie sur les réalisations découlant des deux plans nationaux précédents en la matière. On reconnaît dans ce nouveau plan la complexité du processus de réforme et on y souligne que l'on a été témoin au cours des dix premières années de réformes d'un impressionnant début sur le plan de l'élaboration des politiques, mais qu'il y a encore beaucoup de choses à réaliser au niveau de leur application. Cette conclusion fait écho aux préoccupations de groupes de pression qui craignaient que la SNSM ne soit « en perte de vitesse et chancelante ».⁽⁶⁾

Le plan national en matière de santé mentale 2003-2008 a pour but de consolider les réalisations des premier et deuxième plans nationaux en la matière, de s'attaquer aux lacunes recensées dans ces deux documents et de faire progresser l'application de la SNSM au moyen d'orientations reformulées ou nouvelles. Dans ce plan, on adopte explicitement un cadre de promotion de la santé de la population qui part du principe que la santé et la maladie découlent de l'interaction complexe de facteurs biologiques, économiques, environnementaux, psychologiques et sociaux, et ce, à tous les niveaux : personnel, familial, communautaire, national et mondial.

Le plan en question énumère un certain nombre de principes clés qui étayent le processus de réforme, y compris les suivants :

- tous ceux et toutes celles qui ont besoin de soins de santé mentale devraient avoir accès dans des délais raisonnables à des services efficaces de santé mentale, indépendamment de l'endroit où ils vivent;
- les droits des usagers de soins de santé mentale, de leurs familles et de leurs soignants doivent façonner le processus de réforme;
- le rétablissement devrait orienter la prestation des services de santé mentale;
- il faut absolument investir dans le personnel affecté aux services de santé mentale;
- les réformes en matière de santé mentale doivent se produire parallèlement à d'autres progrès à l'intérieur du secteur élargi de la santé;

⁽⁶⁾ SANE Mental Health Report, 2002-2003, p. 2.

- les réformes en matière de santé mentale exigent une approche pangouvernementale.

Quatre thèmes prioritaires guident le nouveau plan national en matière de santé mentale. On y définit les résultats attendus et les orientations clés pour y arriver, même si l'on n'y cherche pas à préciser des projets à financer dans le cadre du nouveau programme de réformes. Ces thèmes sont les suivants :

- promouvoir la santé mentale et prévenir les problèmes de santé mentale et la maladie mentale;
- accroître la souplesse des services de santé mentale;
- renforcer la qualité des services de santé mentale;
- favoriser la recherche, l'innovation et la viabilité dans le domaine des services de santé mentale.

Voici quelques-uns des résultats que le plan susmentionné vise à atteindre :

- accroissement du degré d'intégration de la promotion de la santé mentale aux politiques et aux plans en matière de santé mentale en ce qui concerne le Commonwealth, les États, les territoires et les administrations locales;
- accroissement du degré d'adoption, par les services de santé mentale, du rétablissement comme orientation;
- entente à l'échelle nationale au sujet des niveaux élevés et de la combinaison des services nécessaires pour harmoniser maintenant et ultérieurement l'offre et la demande de soins de santé mentale;
- accroissement de l'accès aux soins actifs, aux services d'intervention précoce et à une gamme de solutions de rechange en matière de soins de santé communautaire;
- amélioration des voies d'accès aux soins pour toute la gamme des soins offerts;
- réduction des lacunes des réseaux de services et meilleure intégration entre les services publics et les services privés de santé mentale;
- accroissement de la coordination entre le secteur de la santé mentale et les autres secteurs de la santé;
- augmentation, à tous les niveaux, du degré de participation utile des usagers de soins de santé mentale, de leurs familles et de leurs soignants à l'élaboration des politiques ainsi qu'à la planification, la prestation et l'évaluation des services de santé mentale; l'amélioration de la qualité de ces services devra être palpable;
- processus de surveillance du rendement des services de santé mentale sur le plan du bien-être émotif et social, grâce à la collecte et à l'échange d'informations et de données;

- accroissement de l'offre de professionnels de la santé mentale et amélioration de leur répartition.

1.7 OBSERVATIONS DU COMITÉ

Les membres du Comité ont eu la très nette impression que le Canada avait beaucoup à apprendre de l'Australie dans le domaine de la santé et de la maladie mentale. Ils ont surtout retenu le fait que l'engagement constant des gouvernements du Commonwealth et des États en matière de planification et de suivi des progrès (grâce à des rapports réguliers⁰, a fixé un modèle international que le Canada est encore loin d'atteindre. De plus, les membres du Comité ont été impressionnés par l'adoption explicite d'un cadre de santé en matière de planification globale.

L'Australie, qui est un État fédéral, nous a aussi prouvé à quel point il est important de resserrer la collaboration entre les divers ordres de gouvernement, puisque tout le monde peut en tirer d'intéressants avantages. De plus, le Comité prend acte de l'importance que les autorités australiennes accordent à la nécessité d'adapter les objectifs nationaux aux réalités régionales et locales et de veiller à ce que la réalisation d'objectifs convenus tienne compte de la situation des différentes collectivités.

Qui plus est, le Comité a été impressionné par les efforts déployés par l'Australie pour faire participer les usagers et le personnel soignant à la formulation de la politique en santé mentale. Le Comité profite de l'occasion pour souligner deux aspects qui concernent le financement. Tout d'abord, les membres ont été frappés de constater à quel point le gouvernement du Commonwealth a abouti dans ses tentatives visant à canaliser le financement de la santé mentale, alors même qu'il a augmenté sa part de financement de la santé mentale et que les services étaient de plus en plus offerts au niveau de la communauté. Selon les témoins, il n'est plus nécessaire, dans ce pays, de prouver le caractère essentiel d'un financement suffisant pour les services de santé mentale et, comme tous les ordres de gouvernement se sont effectivement engagés à ce titre, les ententes officielles qui avaient été conclues à l'origine pour garantir le financement des soins de santé mentale ne sont désormais plus utiles.

Deuxièmement, le Comité se réjouit de constater les succès remportés par le programme qui a récemment été adopté pour améliorer la participation des omnipraticiens au traitement des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. L'amélioration de la formation et, surtout, le versement d'une indemnité financière en rapport avec le temps véritablement passé auprès de patients présentant des symptômes de troubles mentaux, de même que l'assouplissement des modalités de renvoi des patients aux spécialistes de la santé mentale nous sont apparues comme des mesures susceptibles de favoriser une véritable intégration de la santé mentale au niveau des soins primaires.

Enfin, le Comité a pris acte des nombreuses approches novatrices adoptées par l'Australie pour sensibiliser le public sur les questions de santé mentale, surtout à la faveur de la campagne *beyondblue* axée sur la dépression. Les membres du Comité pensent qu'il conviendrait d'étudier de plus près certaines de ces approches pour déterminer dans quelle mesure il serait possible de les adapter au contexte canadien.

CHAPITRE 2: LES SOINS DE SANTÉ MENTALE EN NOUVELLE-ZÉLANDE⁷

2.1 HISTORIQUE ET APERÇU

La Nouvelle-Zélande est un petit pays constitué de deux îles. Elle est située dans le sud de l'océan Pacifique et compte 4 millions d'habitants (en 2004). Elle a d'abord été peuplée par les Maoris, dont les ancêtres étaient originaires de Polynésie orientale, au moins 800 ans avant les premiers colons européens. Aujourd'hui, les principaux groupes ethniques sont les Européens d'origine, pour la plupart du Royaume-Uni et de l'Irlande (75 p. 100), les Maoris (15 p. 100), les Polynésiens (6 p. 100) et les Asiatiques (4 p. 100).

Le pays est devenu une colonie de la Grande-Bretagne suite au traité de Waitangi signé en 1840 par la Grande-Bretagne et la majorité des tribus maories. Ce traité, qui est l'un des documents constitutionnels fondateurs de la Nouvelle-Zélande, prend acte d'un partenariat avec les Maoris, puisqu'il reconnaît leur besoin d'autodétermination, énonce les responsabilités des gouvernements et protège les droits des Maoris. La résurgence de l'identité maorie au cours des 20 dernières années a fait de ce traité un pivot du dispositif d'élaboration des politiques.

La Nouvelle-Zélande est une démocratie parlementaire et un État indépendant au sein du Commonwealth britannique. Le Parlement ne compte qu'une chambre, la Chambre des représentants, et le pouvoir exécutif est exercé par un cabinet dirigé par un premier ministre.

Le système de santé néo-zélandais est principalement financé par les recettes fiscales, suppléées par les déboursements des usagers et l'assurance-maladie privée. En 1999-2000, l'État a contribué pour 75 p. 100 au budget de la santé, les usagers pour 15,7 p. 100 et les assureurs privés pour 6,3 p. 100 (bien que les assureurs privés n'offrent quasiment aucune protection pour les maladies mentales). La part publique du budget de la santé diminue

⁷ À moins d'indication contraire, les renseignements contenus dans le présent chapitre proviennent des sources suivantes : Wilson, Janice, « Mental Health Services in New Zealand, » *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 23, n° 3-4, 2000; French, Sian, Andrew Old et Judith Healy *HiT Summary: New Zealand*, Observatoire européen des systèmes de soins de santé, 2002; Conference Board du Canada, « La Nouvelle-Zélande », in *Challenging Health Care System Sustainability: Understanding Health System Performance of Leading Countries*, juin 2004; Powell, Gayla, « New Zealand's National Mental Health Strategy: Report on Progress 2000-2001, » août 2002; ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande, *Looking Forward: Strategic Directions for Mental Health Services*, juin 1994; ministère de la Santé, *New Zealand, Moving Forward: The National Mental health Plan for More and Better Services*, juillet 1997; Service de l'information de la Nouvelle-Zélande, *Mental Health Data, 1994*, ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande, 1998; Commission de la santé mentale, *Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: How Things Need to Be*, décembre 1998; ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande, *National Plan 2001-2003 – Project to Counter Stigma and Discrimination Associated with Mental Illness*, juin 2001; Commission de la santé mentale, *Briefing to the Incoming Minister of Health*, août 2002; ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande, *Building on Strengths: A New Approach to Promoting Mental Health in New Zealand/Aotearoa*, décembre, 2002; Commission sur la santé mentale, *Report on Progress 2001-2002: Towards Implementing the Blueprint for Mental Health Services in New Zealand*, avril 2003; ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande, *Like Minds, Like Mine – National Plan 2003-2005*, septembre 2003.

depuis une vingtaine d'années, puisqu'elle est passée de 88 p. 100 en 1979-1980 à environ 77 p. 100 en 1994-1995, bien qu'elle soit en légère hausse depuis 2000 (78 p. 100).

Les patients bénéficient gratuitement de soins ambulatoires et hospitaliers, mais ils doivent payer tout ou une partie des soins primaires et payer leur quote-part des médicaments (les patients à faible revenu et ceux souffrant de maladies chroniques ayant droit à une carte dite de concession). Grâce à de nouveaux investissements et à la réforme du système de santé primaire entreprise en 2004, les particuliers ont de moins en moins à payer de leur poche.

Le gouvernement conserve la responsabilité générale du système de santé, mais la prestation des soins est partagée entre les secteurs public, bénévole et à but lucratif. Les omnipraticiens et les spécialistes indépendants assurent le gros des soins ambulatoires et les hôpitaux publics le gros des soins secondaires et tertiaires tandis, les hôpitaux privés se spécialisant surtout dans les chirurgies électives et les soins de longue durée.

Dans les années 90, les gouvernements néo-zélandais ont, plus que dans la plupart des pays, introduit des pratiques de marché dans le secteur de la santé, y compris les concepts de concurrence et de séparation entre acheteur et fournisseur.⁸ Cependant, à la fin de la décennie, le gouvernement travailliste-allianciste décidait que le « marché interne » n'avait pas amélioré sensiblement l'efficacité et l'efficience des services. En 2000, il a redonné à des conseils de district la responsabilité financière et la tâche de fournir en partie les soins de santé. Il a ainsi créé 21 District Health Boards (ou DHB, pour Conseils de santé de district) desservant des populations géographiquement définies, qui fournissent les soins eux-mêmes ou financent d'autres pour le faire. Ces autorités autonomes reçoivent leurs ressources dans le cadre d'un régime de financement triennal établi d'après les contrats de fourniture passés et sont responsables, auprès du ministre de la Santé, de leur orientation stratégique, de la nomination de leur directeur, de la santé de leur population et de leur propre rendement. Chaque district compte au moins un grand hôpital public.

On considère que les services de santé néo-zélandais répondent généralement à la demande et qu'ils sont de bonne qualité. En 2004, la majorité des DHB respectent leurs objectifs, mais les gens ont tout de même l'impression que les hôpitaux sont sous-financés, d'où les longues listes d'attente pour les chirurgies électives. En 2001, la Nouvelle-Zélande a entamé la restructuration de son système de soins primaires en mettant sur pied des organismes de soins primaires à but non lucratif financés, du moins en partie, par capitation, c'est-à-dire en fonction du nombre de patients inscrits auprès de chaque organisme. Le but visé est de réduire l'importance de la quote-part que doivent verser les patients. Jusqu'ici, seuls quelques groupes particuliers bénéficient d'un financement complet, autrement dit d'une « couverture universelle », des services de soins primaires parce qu'ils ont de faibles revenus ou souffrent d'une maladie chronique. La D^{re} Janice Wilson, directrice générale adjointe, Direction générale de la santé mentale au ministère de la Santé, a précisé au comité que l'objectif de la nouvelle stratégie en matière de soins primaires consistait à « étendre progressivement les paiements universels, d'ici cinq à dix ans, à près de 80 p. 100 de la population ».

⁸ Cette expression rappelle le fait que, dans les années 90, plusieurs pays où les mêmes institutions étaient chargées à la fois d'assurer le financement et d'offrir les services de soins de santé ont opté pour une séparation de ces fonctions afin d'accroître l'efficacité des services et de stimuler la concurrence.

2.1.1 La stratégie de santé mentale

La Stratégie nationale de santé mentale a été introduite par le gouvernement en juin 1994 par la publication de *Looking Forward: Strategic Directions for the Mental Health Service*. Elle a été développée dans un deuxième document publié en juillet 1997, le Plan national de santé mentale, *Moving Forward: The National Mental Health Plan for More and Better Services*. Dans l'ensemble, elle poursuit deux grands objectifs :

1. Réduire la prévalence de la maladie mentale et des problèmes de santé mentale dans la population;
2. Relever le statut sanitaire des troubles mentaux et réduire leur impact sur les usagers et leurs familles, sur les soignants et sur le grand public.

La D^{re} Wilson nous a indiqué que « le principal objet de la politique, à ce moment, était de rationaliser ce qu'on appelle la désinstitutionnalisation ». Elle a ajouté que cette politique répond aussi en partie aux pratiques exemplaires adoptées à l'échelle internationale, pratiques qui soulignent la nécessité d'« adopter une approche gouvernementale plus globale en faisant le lien avec d'autres secteurs, comme le logement, l'emploi, la main-d'œuvre, et cetera » afin de rapprocher les services de la collectivité et de les intégrer dans les autres services de santé.

En 1996, une commission de la santé mentale a été chargée de mettre en œuvre la stratégie nationale de santé mentale. Composée de trois commissaires, elle exerce les fonctions suivantes :

- Mesurer l'efficacité du ministère de la Santé et des 21 conseils de santé de district à mettre en œuvre la stratégie nationale de santé mentale et faire rapport de ses constatations au gouvernement;
- Travailler en collaboration avec le secteur pour mieux faire connaître la santé mentale au public et pour réduire la discrimination et les préjugés à l'endroit des personnes atteintes de troubles mentaux;
- Travailler à renforcer le personnel de la santé mentale.

La Commission a publié le *Blueprint for Mental Health Services in New Zealand* en 1998. Il s'agit d'un plan de mise en œuvre de la stratégie qui a été accepté comme politique gouvernementale. Il est question de donner aux conseils de santé et aux soignants un aperçu clair des mesures qu'ils peuvent prendre pour améliorer la qualité et faire comprendre aux usagers et à leurs familles ce qu'ils sont en droit d'attendre d'un système qui fonctionne bien.

La stratégie nationale comporte sept orientations stratégiques dont voici un bref résumé :

Orientation stratégique 1 : Mettre en œuvre en milieu communautaire des services de santé mentale complets. Il s'agit d'offrir des services de promotion de la santé et de prévention des maladies mentales, d'évaluation et d'intervention précoces, de traitement, de rééducation et de soins continus.

Orientation stratégique 2 : Encourager la participation des Maoris à la planification, à la formulation et à la fourniture des services de santé mentale. Il s'agit d'améliorer la santé mentale des Maoris pour qu'elle soit aussi bonne que celle de l'ensemble de la population néo-zélandaise. La prévalence des troubles mentaux est sensiblement plus élevée chez les Maoris que dans le reste de la population.

Orientation stratégique 3 : Améliorer la qualité des soins. Il est question de combler certaines des lacunes évidentes héritées du passé. On espère que les objectifs nationaux seront atteints grâce à des normes de service, à des programmes d'assurance de la qualité et à des indicateurs d'efficacité et d'efficacé.

Orientation stratégique 4 : Concilier les droits individuels avec la protection du public. Il s'agit d'assurer un meilleur équilibre entre le droit des usagers de soins de santé mentale à vivre dans la collectivité et le droit du public à la protection.

Orientation stratégique 5 : Élaborer une politique nationale de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie. Il s'agit de mieux intégrer les services d'aide aux alcooliques et aux toxicomanes, de mieux exploiter la palette des soins en établissement et des soins ambulatoires et de fournir des soins plus systématiques aux alcooliques ou toxicomanes atteints d'un trouble mental.

Orientation stratégique 6 : Développer l'infrastructure des services de santé mentale. Cette orientation stratégique a été ajoutée en 1997. Il s'agit de l'« infrastructure » nécessaire pour assurer des services plus nombreux et meilleurs – d'éléments comme le perfectionnement de la main-d'œuvre, la collecte et l'analyse de données et la coordination entre les services. Ces éléments relevaient auparavant de l'*Orientation stratégique 3*, mais ils ont été jugés assez importants et complexes pour faire l'objet de leur propre orientation stratégique.

Orientation stratégique 7 : Renforcer la promotion et la prévention. Cette orientation stratégique a également été ajoutée en 1997 afin de mettre davantage l'accent sur la réduction nécessaire de la prévalence de la maladie mentale et des problèmes de santé mentale.

L'élaboration de la stratégie de santé mentale en Nouvelle-Zélande a été basée sur des données épidémiologiques selon lesquelles un adulte sur cinq souffre d'un problème de santé mentale diagnosticable. On estime qu'environ 3 p. 100 des adultes – et environ 5 p. 100 des enfants et des adolescents de moins de 20 ans – sont atteints d'un trouble mental grave. Par ailleurs, 5 p. 100 des adultes souffrent d'un trouble modéré à grave et 12 p. 100 d'un trouble ou d'un problème léger à modéré.

La stratégie nationale vise à ce que les services soient offerts en qualité et en nombre voulus pour répondre aux besoins de 3 p. 100 des adultes et de 5 p. 100 des enfants et des adolescents souffrant d'un trouble mental grave. Les lignes directrices relatives aux ressources, contenues dans le *Blueprint*, fournissent une estimation du nombre de lits et d'agents en milieu communautaire dont il faut disposer par 100 000 habitants dans l'hypothèse où 3 p. 100 de la population a besoin de ces services. Ces lignes directrices ont été élaborées surtout pour calculer les budgets et les besoins d'expansion des services à l'échelle nationale, mais elles sont aussi utilisées au niveau régional.

Le modèle de fourniture des services employé dans le *Blueprint* met l'accent sur les soins en milieu communautaire, mais prévoit aussi des soins actifs en établissement ainsi que des services de rééducation et des soins de longue durée en établissement. Les lignes directrices tiennent également compte du développement des services fournis par les usagers. Le tableau suivant résume les objectifs fixés par le *Blueprint* en 1998. Les objectifs nationaux sont ajustés en fonction de la croissance démographique.

OBJECTIFS CONCERNANT LES RESSOURCES, 1998			
Ressources		Objectif national	Niveau national actuel
En hôpital	Lits ou « postes de soins » ⁹	1 535	1 424
En établissement	Lits ou « postes de soins »	3 243	2 576
En milieu communautaire	ÉTP ¹⁰	3 822	1 923
Soutien communautaire	ÉTP	1 284	388
Services et initiatives de conseil (usagers et familles)	ÉTP	246	63
Accès aux nouveaux anti-psychotiques	Personnes	8 500	3 547
Désintoxication	Lits ou « postes de soins »	113	96
Services aux alcooliques et toxicomanes en établissement	Lits ou « postes de soins »	378	376
Services aux alcooliques et toxicomanes en milieu communautaire	ÉTP	614	262
Traitement à la méthadone	Endroits	5 666	3 030
Prévention de la maladie mentale	ÉTP	378	0

⁹ Selon le « Blueprint », si la mesure la plus répandue pour ces services est celle du nombre de lits, il est nécessaire d’offrir désormais un « assortiment de soins » (p. 41 du plan néo-zélandais qui ne définit cependant pas ce à quoi doit ressembler chaque service).

¹⁰ Poste « équivalent temps plein ».

2.2 COÛTS ET FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Le D^r David Chaplow, directeur et conseiller principal en santé mentale, gouvernement de la Nouvelle-Zélande, a indiqué au Comité que le fait de disposer d'un « plan assorti de données sur les coûts de réalisation, avec une analyse de l'écart entre ce qui existait et ce dont nous avons besoin, a été un outil de promotion très puissant » dans les négociations avec le Trésor en vue d'obtenir un financement supplémentaire pour la santé mentale. Depuis l'adoption de la stratégie de santé mentale, le budget de la santé mentale a augmenté. Entre 1993-1994 et 2001-2002, le financement public des services de santé mentale en Nouvelle-Zélande est passé de 270 à 725 millions de dollars par an, soit une hausse d'environ 127 p. 100 compte tenu de l'inflation. La D^{re} Wilson a précisé : « le gouvernement actuel s'est engagé à maintenir le financement à ce niveau au moins jusqu'en 2007 parce que nous n'avons pas encore terminé tous les éléments de notre programme de réforme ».

La Commission de la santé mentale note cependant que, dans l'ensemble, le point de départ des récentes augmentations budgétaires était trop faible. À son avis, les niveaux de services de santé mentale ne sont toujours pas à un niveau acceptable et il y a encore place à l'amélioration pour atteindre les objectifs du *Blueprint*. Selon la D^{re} Wilson,

La Commission a fixé des objectifs et nous avons atteint un taux de couverture d'environ 75 p. 100. Le pourcentage est proche de 60 p. 100 dans certaines régions du pays, tandis qu'il est de presque 100 p. 100 dans d'autres. Nous avons des écarts régionaux qui dépendent de la croissance démographique et d'autres facteurs.

Le tableau suivant présente les estimations que la Commission a utilisées dans le document d'information qu'elle a adressé au nouveau ministre de la Santé.

POURCENTAGE DES OBJECTIFS DE FINANCEMENT DU BLUEPRINT EN 2002	
Secteur de service	Niveau de financement approximatif en juillet 2002 par rapport aux lignes directrices du <i>Blueprint</i>
Services hospitaliers	89%
Services communautaires en clinique	69%
Services communautaires hors clinique	44-59%
Services communautaires aux alcooliques et aux toxicomanes	74%
Services de méthadone	65%
Services communautaires aux enfants et aux adolescents	63%

Dans le cadre de la tendance à la communautarisation des services, 69 p. 100 des crédits de santé mentale (à l'exclusion des médicaments et des services de santé publique) sont allés aux services dispensés en milieu communautaire en 2001-2002. Ce chiffre représente une hausse de 67 p. 100 par rapport à l'année précédente et inclut 57,4 p. 100 des crédits de prestation des conseils de santé de district (DHB) et la presque totalité des fonds des organisations non gouvernementales (ONG). Comme l'indique le tableau précédent, la proportion du budget de santé mentale affectée aux services fournis par des (ONG) est restée stable au cours des trois dernières années.

En dépit de l'augmentation des budgets, la Commission de la santé mentale continue d'exprimer des préoccupations quant au niveau global de financement et à l'engagement des DHB à dépenser effectivement les crédits affectés à la santé mentale. Elle déplore également que l'effet de l'augmentation des budgets sur les niveaux de service soit restreint par des pénuries de main-d'œuvre. En effet, même quand il y a des fonds, beaucoup de postes restent vacants.

La Commission a donc réitéré ses recommandations :

- Une filière de financement durable doit être établie pour assurer le développement des services de santé mentale en fonction des orientations de la stratégie nationale de santé mentale, de la mise en œuvre du *Blueprint* et de la capacité du secteur à se développer.
- Les crédits de santé mentale affectés aux 3 p. 100 de la population qui sont le plus sévèrement touchés par la maladie mentale doivent être protégés par une obligation de dépenser claire et strictement limitée.

2.3 PRESTATION ET ORGANISATION DES SERVICES

Le but premier du *Blueprint* est de faire en sorte que 3 p. 100 de la population aient accès aux services de santé mentale. Pour l'ensemble de la Nouvelle-Zélande, l'accès déclaré aux services de santé mentale concernait 1,7 p. 100 de la population en 2001-2002 contre 1,6 p. 100 l'année précédente. Cependant, comme les données n'ont pas été obtenues de toutes les ONG pendant cette période, il se peut que l'accès aux services soit sous-estimé.

En Nouvelle-Zélande comme ailleurs, la désinstitutionnalisation des malades psychiatriques se poursuit depuis un quart de siècle. Bien que la situation varie d'une région à l'autre, la plupart des services de santé mentale sont fournis en milieu communautaire, notamment par des équipes mobiles d'intervention d'urgence de 24 heures et par les hôpitaux généraux dotés de services de soins psychiatriques actifs. En 2000, tous les services de soins psychiatriques actifs (à une exception près) étaient intégrés aux hôpitaux généraux et la quasi-totalité des 10 établissements psychiatriques étaient complètement fermés, seuls quelques-uns ayant conservé des services de psychiatrie légale ou d'autres services spécialisés.

Voici ce que le D^r Chaplow a tout de même déclaré au Comité

nous n'avons jamais diminué le nombre total de lits qu'il y avait dans les anciens asiles. Nous avons réparti ces places sous diverses formes: il y en a encore dans les hôpitaux et il y en a dans la collectivité.

Il existe quelques services de rééducation en milieu hospitalier et un éventail croissant de formules d'hébergement et de formation professionnelle assistés ainsi que des programmes de jour et des centres d'accueil, souvent administrés par les usagers. La plupart des adultes qui reçoivent des services de santé mentale sont encadrés par un gestionnaire de cas ou un travailleur de soutien en milieu communautaire.

Le dernier *Report on Progress* publié par la Commission de la santé mentale contient les statistiques suivantes pour 2001-2002 :

- Le nombre de personnes hospitalisées est faible comparativement à celui des personnes qui reçoivent des services de santé mentale. Dans les six premiers mois de 2002, 0,14 p. 100 de la population totale (5 546 personnes) a été traitée en milieu hospitalier contre 1,7 p. 100 par les services de santé mentale (63,271).
- En 2001-2002, il n'y a pas eu d'expansion des services cliniques communautaires pour adultes hors établissement. Le nombre des postes de personnel clinique financés dans ces services atteignait 85 p. 100 de l'objectif du *Blueprint* contre 87 p. 100 en juin 2001.
- Les services non cliniques dispensés en milieu communautaire englobent le soutien à domicile, le soutien à l'emploi et à l'éducation, les activités de jour et l'acquisition des compétences psychosociales, les services d'entraide et de soutien familial. Ces services sont assurés surtout par des travailleurs de soutien, des aides-infirmières et des travailleurs de soutien culturel travaillant pour des ONG dans un rôle de thérapie ou de soutien. Les ressources affectées aux services de soutien non cliniques dispensés en milieu communautaire sont passées de 59 p. 100 l'année précédente à 65 p. 100 de l'objectif du *Blueprint*.
- Dans l'ensemble du pays, le nombre de lits résidentiels offerts aux adultes en milieu communautaire a diminué, passant de 93 p. 100 de l'objectif du *Blueprint* en 2000-2001 à 83 p. 100 en 2001-2002. Comme cette réduction tient en grande partie au fait qu'une grosse ONG a cessé d'offrir des services résidentiels pour ne plus offrir que des soins à domicile, il n'y a pas eu réduction de la capacité.

Comme ailleurs dans le monde, en Nouvelle-Zélande, l'accès aux services de santé mentale passe par les omnipraticiens. Cependant, nombreux sont les Néo-Zélandais (notamment parmi les Maoris et les Polynésiens) qui ne s'adressent pas aux omnipraticiens et ils n'ont donc pas accès aussi rapidement qu'il le faudrait aux services de santé mentale.

L'impact des frais d'utilisation au titre des soins primaires sur l'accès aux services de santé mentale pose également problème. Il est admis que ces frais peuvent constituer un obstacle à l'utilisation des soins primaires et qu'ils peuvent donc inciter les gens atteints d'une maladie légère ou modérée à s'adresser aux services de santé mentale spécialisés (qui n'ont pas les mêmes frais d'utilisation) alors qu'ils pourraient être traités convenablement par les

fournisseurs de soins primaires. On craint même que les frais d'utilisation ne découragent complètement les gens de s'adresser au système de santé. Comme nous l'avons vu plus haut, des efforts sont en cours pour réorganiser la prestation des soins primaires en fonction d'un modèle de capitation qui pourrait réduire l'impact des frais d'utilisation.

2.3.1 Les services aux Maoris

M^{me} Arawhetu Peretini, gestionnaire en santé mentale des Maoris au gouvernement de la Nouvelle-Zélande, a expliqué ce qui suit au Comité :

Ils (les Maoris) vivent surtout en milieu urbain. Nous n'avons pas de réserves. Les aborigènes sont dans une grande mesure intégrés dans le reste de la société. La majorité vit probablement dans une ville du nord de l'île. Ces 10 dernières années, nous avons eu un mouvement préconisant le retour des Maoris dans leurs terres tribales, dont environ 90 p. 100 se trouvent dans des régions rurales. Toutefois, beaucoup n'ont pas suivi le mouvement parce qu'ils travaillent dans des agglomérations urbaines.

Un grand spécialiste, le professeur Mason Durie¹¹ estime que les troubles mentaux sont devenus le problème de santé numéro un des Maoris. Les séjours en hôpital psychiatrique, l'alcoolisme et la toxicomanie, le suicide et la tentative de suicide sont en hausse alors que les autres problèmes de santé comme la cardiopathie sont en baisse. Les Maoris ont de nombreux besoins auxquels ne répondent pas les services de santé mentale. Bien qu'on ne dispose pas de données exactes et actuelles sur la prévalence de la maladie mentale chez les Maoris, on sait qu'il y a un nombre disproportionné de Maoris dans les services de crise, de soins actifs et de psychiatrie légale. Comme devait le préciser M^{me} Peretini :

Certains des problèmes découlent du fait que beaucoup de Maoris tendent à se présenter dans les services à des stades aigus de maladie mentale.

Qui plus est, les taux de réadmission des Maoris sont sensiblement plus élevés que ceux des non-Maoris et ils ne cessent d'augmenter depuis plusieurs années. Les Maoris sont également sur-représentés dans les services d'aide aux alcooliques et aux toxicomanes; c'est d'ailleurs le plus souvent pour cause d'alcoolisme, de toxicomanie ou de psychose qu'ils sont admis dans les services ou les hôpitaux psychiatriques.

Entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2002, environ 10 500 Maoris ont été accueillis par les services de santé mentale, soit 1,9 p. 100 de tous les Maoris. Les Maori s'adressent aux services généraux de santé mentale ainsi qu'aux services axés sur leurs besoins. Tout en reconnaissant qu'il « reste encore des lacunes dans notre connaissance de chose tels que les taux d'admission et de réadmission », M^{me} Peretini devait nous préciser :

Ayant réalisé une enquête il y a trois ans, nous savons que certains des 21 districts répondent vraiment aux besoins des Maoris parce qu'ils ont

¹¹ Cité dans *Blueprint*, p. 56.

inclus dans leur évaluation clinique une composante d'évaluation culturelle. Très peu le faisaient auparavant. Sur neuf commissions de santé de district, sept seulement avaient, à un moment ou un autre, envisagé d'adopter des politiques visant à répondre aux besoins des aborigènes admis dans les services généraux. Sur ces 7, trois seulement avaient des outils d'évaluation culturelle assez développés pour être utiles.

Depuis 1998, on constate une amélioration sensible du nombre de fournisseurs de soins maoris et de la disponibilité des services destinés expressément aux Maoris. On a également pris un certain nombre d'initiatives pour augmenter le nombre de Maoris qualifiés au sein du personnel de santé mentale. M^{me} Peretini nous a apporté une précision à cet égard :

Il y a deux ans, le ministère de la Santé a pris la décision, dans le cadre de notre stratégie de développement de la main-d'œuvre, d'établir une organisation axée sur les Maoris pour la formation et le perfectionnement de la main-d'œuvre. Il y a environ un an, cette organisation a réalisé une série d'enquêtes sur notre population active. Plutôt que de vous donner les détails des résultats, je dirai que nous n'avons pas une main-d'œuvre très importante. À l'heure actuelle, elle se limite probablement à cinq psychiatres en formation.

[...] nous avons fixé des quotas pour l'enseignement de certaines disciplines en Nouvelle-Zélande. Nous le faisons depuis au moins 20 ans. Nous avons également quelques leaders maoris du domaine de la santé qui sont devenus psychiatres.

Le Cadre stratégique national pour la santé mentale des Maoris a été publié en avril 2002 après de vastes consultations. Voici les objectifs à atteindre en cinq ans :

- fournir des services cliniques, culturels et auxiliaires complets à au moins 3 p. 100 des Maoris, notamment à ceux dont les besoins en santé mentale sont les plus grands;
- veiller à ce que la participation active des Maoris à la planification et à la prestation des services de santé mentale reflète les modèles de santé maoris et les critères maoris de santé mentale;
- veiller à ce que 50 p. 100 des adultes maoris en quête de mieux-être aient le choix entre les services de santé mentale généraux et les services destinés à leur communauté;
- augmenter de 50 p. 100 par rapport aux niveaux de 1998 le nombre des travailleurs maoris en santé mentale, y compris les cliniciens,

Le D^r Chaplow a indiqué que la Nouvelle-Zélande est « dans une étape de transition » où « il faudra augmenter le nombre de psychiatres aborigènes ou leurs adjoints ou d'autres ». Toutefois, le témoin a ajouté qu'« un des aspects les plus importants des progrès réalisés est que les Maoris s'occupent eux-mêmes de leur service et relèvent eux-mêmes les défis ».

La D^{re} Wilson a expliqué l'importance de ce genre d'évolution :

La maladie mentale a ceci de particulier qu'elle touche la façon dont vous envisagez vous-même ainsi que vos croyances sur le plan spirituel et culturel. Les gens communiquent beaucoup mieux avec ceux de leur propre culture. Si vous êtes un patient, votre relation avec la personne qui vous soigne, que ce soit un médecin ou une infirmière, est probablement le facteur le plus critique qui agisse sur la guérison. Si cette personne peut comprendre votre culture et vos croyances, les chances d'un résultat positif sont sensiblement meilleures.

2.3.2 Les ressources humaines

Plusieurs commissions et rapports ont fait remarquer que le développement de la main-d'œuvre est en mesure de contribuer grandement à régler les problèmes de prestation des services de santé mentale en Nouvelle-Zélande. Il est généralement admis que, bien que le personnel de santé mentale ait augmenté considérablement grâce à la mise en œuvre de la stratégie nationale, il ne suffit toujours pas pour répondre aux besoins de la population. Par exemple, il y a en Nouvelle-Zélande une pénurie de psychiatres par rapport aux autres pays occidentaux semblables. Le D^r Chaplow a indiqué au Comité que « dans les statistiques sur la santé dans le monde, on dit qu'il faudrait avoir un psychiatre pour 10 000 personnes. Nous n'en avons qu'un pour 15 000 », tout en insistant sur le fait suivant :

Le problème, c'est de savoir comment utiliser les psychiatres comme membres de l'équipe. De plus, les psychiatres ont tendance à se regrouper autour des universités ou établissements d'enseignement. Souvent, il y a déséquilibre entre la ville et la campagne, pour ce qui est de l'accès à de bons services de psychiatrie.

La D^{re} Wilson devait ajouter que la pénurie de ressources humaines a gagné tous les secteurs :

Dans l'ensemble de l'effectif, il va sans dire que nous sommes à court dans tout le système. Il n'y a pas que les psychiatres. Nous avons des pénuries d'infirmières, de psychologues et de toutes sortes d'autres professionnels. C'est pourquoi nous avons une initiative importante qui porte sur le recrutement et le maintien à l'effectif.

Des rapports de 2000-2001 indiquent que les postes vacants budgétisés en milieu communautaire comptaient pour 6 à 7 p. 100 du total. Il est également difficile de recruter et de conserver du personnel en dehors des grands centres, les conditions de travail étant rendues difficiles par la nécessité d'assurer les services 24 heures sur 24, par le manque de soutien des pairs et par l'isolement professionnel.

Établi au début de 1998, le Comité national de coordination du personnel de santé mentale a pour tâche de coordonner le développement de la main-d'œuvre dans l'ensemble du secteur, d'élaborer et de mettre en place un cadre définitif de réglementation nationale et de dotation

en ressources du développement du personnel de santé mentale. Il est dirigé par les fournisseurs de soins et représente les principaux intervenants du secteur. Cependant, il n'y a toujours pas de plan global de développement du personnel de santé mentale.

Selon la D^{re} Wilson, de nouveaux types de travailleurs en santé mentale ont été formés au cours des dernières années.

Nous avons un nouveau groupe de travailleurs, les travailleurs du soutien communautaire en santé mentale, qui reçoivent une formation depuis probablement cinq ans. Ils travaillent surtout dans le secteur des ONG, mais ils travaillent aussi dans le secteur public principal. Ils reçoivent une formation pour aider les patients ou consommateurs qui ont des troubles mentaux, que ce soit à domicile ou dans des unités résidentielles communautaires, ou pour les aider à se débrouiller avec le système. Ils peuvent par exemple les accompagner au service du soutien du revenu, au service de l'emploi, pour les aider à surmonter les obstacles sociaux.

Ces travailleurs du soutien communautaire en santé mentale sont dûment qualifiés en vertu du cadre national de certification. Ils sont ainsi environ 2 000 à avoir reçu un certificat en travail de soutien communautaire en santé mentale.

2.4 PROMOTION ET PRÉVENTION

En décembre 2002, après deux années de consultation auprès de plus de 200 particuliers et organisations, le ministère de la Santé a publié un document intitulé *Building on Strengths* (S'appuyer sur nos forces) qui décrivait l'approche nationale en matière de promotion de la santé pour les cinq années suivantes. *Building on Strengths* vise à promouvoir le bien-être mental des Néo-zélandais et à réduire les inégalités sur ce plan en améliorant les milieux sociales, économiques, culturels, politiques et physiques au pays.

La stratégie néo-zélandaise en matière de promotion de la santé mentale prend acte de la nécessité d'instaurer une collaboration entre les secteurs de la santé et les autres secteurs, notamment les administrations locales, les autres ministères et les Maoris, les groupes communautaires du Pacifique et les autres et il invite le secteur de la santé à prendre l'initiative en coordonnant la promotion de la santé mentale.

Building on Strengths vise à réaliser trois objectifs :

1. Permettre aux particuliers et aux collectivités d'agir de leur propre chef.
2. Décrire les actions prioritaires que le ministère de la Santé envisage de conduire au chapitre de la promotion de la santé mentale.
3. Donner une orientation aux fournisseurs de services en santé et aux autres secteurs d'activité afin qu'ils puissent contribuer à l'amélioration de la santé mentale et du bien-être mental des Néo-zélandais.

La stratégie décrite dans *Building on Strengths* énonce trois objectifs bien précis :

- Réduire les inégalités dont sont victimes certains groupes en matière de santé mentale.
- Créer un environnement favorable à l'amélioration de la santé mentale.
- Améliorer le ressort psychologique des particuliers et des collectivités.

Pour permettre la réalisation de ces objectifs, cinq priorités ont été énoncées :

1. Réorienter les services de santé afin de réduire les inégalités entre les différents groupes socioéconomiques.
2. Renforcer l'action communautaire en matière d'activité de promotion de la santé mentale.
3. Instaurer un milieu favorable et sûr grâce à des mesures destinées à resserrer la cohésion sociale au sein des villes, des petites agglomérations, du milieu de travail, des écoles et des foyers.
4. Améliorer les compétences personnelles en agissant sur les facteurs favorables à la santé mentale comme le ressort psychologique, le soutien social et les compétences psychosociales.
5. Instaurer une politique publique saine par l'amélioration de la recherche et de l'évaluation en vue de recenser les besoins en matière de promotion de la santé mentale et de répondre à ces besoins.

Le ministère de la Santé est en train de consacrer plusieurs millions de dollars chaque année sur le chapitre de la promotion de la santé mentale et *Building on Strengths* a justement été publié pour proposer un cadre national de financement soutenu. Il n'est pas prévu que la campagne fasse l'objet d'un financement supplémentaire.

2.4.1 Le projet de lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées à la maladie mentale

Le projet de lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées à la maladie mentale appelé « Like Minds, Like Mine » (Tu penses, donc je suis!) a été lancé pour cinq ans en 1996 et financé par la suite en permanence par le gouvernement. Depuis le début, les activités parrainées par « Like Minds, Like Mine » visent à sensibiliser le public à la maladie mentale et notamment à la stigmatisation dont sont victimes ceux qui en souffrent ou en ont souffert. Le projet est ainsi parvenu à faire évoluer de façon quantifiable les attitudes dans la plupart des secteurs de la population.

La D^{re} Wilson a permis aux membres du Comité de comprendre les fondements des progrès réalisés :

D'abord, il est très important de comprendre qu'au tout début de cette initiative ou de ce programme, des recherches de base considérables ont été

entreprises. Elles ont porté sur les attitudes dans la population et sur les réactions que susciterait une campagne de sensibilisation. Cette démarche s'est déroulée parallèlement à notre approche de développement communautaire.

La première campagne nationale a eu lieu, et les recherches qui ont suivi ont révélé une évolution étonnante de l'attitude. On semblait mieux comprendre les troubles mentaux courants comme la dépression, les troubles anxieux, l'alcoolisme, et cetera.

Comme on estime avoir fait des progrès substantiels en matière de sensibilisation, le tout dernier plan (2003-2005) vise plutôt à réduire la discrimination. Il allie un modèle des droits de la personne à un modèle social de la déficience, qui a une forte analogie avec la discrimination dont sont victimes ceux qui font l'expérience de la maladie mentale.

Voici les grands objectifs du projet :

- Permettre à tous ceux qui font l'expérience de la maladie mentale d'obtenir l'égalité et le respect et de jouir des mêmes droits que les autres.
- Modifier la politique des secteurs public et privé de manière à valoriser et à inclure tous ceux qui font l'expérience de la maladie mentale.
- Mieux faire comprendre, accepter et appuyer tous ceux qui font l'expérience de la maladie mentale.

Voici quelques-uns de ses objectifs plus précis :

- Assurer le leadership et la participation des particuliers et des groupes qui ont l'expérience de la maladie mentale.
- Préconiser des politiques et des pratiques non discriminatoires au sein des organisations responsables du logement, de l'éducation, de l'emploi, du revenu et de l'accès aux biens et services et au sein des organisations responsables des services de santé mentale.
- À l'aide des médias de masse, de l'éducation communautaire et d'autres moyens, favoriser l'inclusion sociale de ceux qui font l'expérience de la maladie mentale.
- En reconnaissance de leur statut aux termes du traité de Waitangi, faire mettre au point par les Maoris des stratégies de lutte contre la discrimination dont sont victimes les Maoris qui font l'expérience de la maladie mentale.

La D^{re} Wilson nous a précisé que la première version de la campagne avait fait « appel à des Néo-Zélandais très connus qui étaient disposés à parler publiquement de leurs problèmes de dépression et de troubles anxieux » mais que « La campagne actuellement en cours a laissé tomber les personnalités connues pour faire appel à des gens ordinaires qui ont été atteints

de maladies assez graves, comme la manie-dépression ou le trouble bipolaire, la schizophrénie, et cetera. L'accent est mis sur ces personnes, leur famille, leur vie »

2.5 PERSPECTIVES DE RÉFORME

La D^{re} Wilson nous a appris qu'un second plan national en matière de santé mentale était en cours de préparation et qu'une première mouture serait bientôt soumise au Cabinet avant d'entreprendre de vastes consultations avec le milieu. Elle espère que celui-ci sera mené à terme et qu'il sera accepté par le gouvernement avant la fin de 2004.

En avril 2004, la Commission de la santé mentale a publié un document de consultation pour obtenir des idées sur les meilleurs moyens de poursuivre et de consolider les progrès déjà réalisés en matière de soins de santé mentale en Nouvelle-Zélande et pour faire en sorte que le *Blueprint* s'adapte à l'évolution des circonstances et serve de base à l'avenir. Parmi les moyens possibles à employer, mentionnons :

- améliorer l'application du *Blueprint*;
- modifier le *Blueprint* afin d'en faciliter l'application;
- modifier sensiblement le contenu de *Blueprint*;
- modifier les modalités de financement, de planification, d'adjudication des contrats et de prestation des services.

Élaboré entre 1997 et 1998, le *Blueprint* a plus de cinq ans. Le document de consultation note que, pendant cette période, beaucoup de choses ont changé dans le secteur de la santé et dans la société néo-zélandaise. Voici quelques-uns des facteurs qu'on estime devoir prendre en compte au moment de mettre à jour le *Blueprint* :

- Changements structurels – quatre régions régionales de la santé, puis l'Autorité de financement de la santé ont été remplacées par 21 District Health Boards, dont trois desservent moins de 50 000 habitants et quatre seulement desservent plus de 400 000 habitants.
- Des processus de planification régionaux se sont fait jour en utilisant de multiples réseaux d'intervenants qui se sont superposés à la structure législative des DHB.
- L'accent mis sur la concurrence dans le secteur de la santé a été remplacé par des attentes en matière de coordination et de collaboration et de développement des capacités des fournisseurs.
- Les attentes du public, des politiciens, des usagers, des familles et des cliniciens en matière de services de santé mentale ont augmenté.
- Un nouveau personnel non clinique s'est constitué, principalement dans le cadre d'ONG, personnel dont la formation est assujettie à des normes nationales.

- Il y a eu des changements dans la pratique clinique, y compris l'adoption d'un modèle de rétablissement et de la Norme nationale du secteur de la santé mentale et l'utilisation répandue des antipsychotiques de la nouvelle génération.

La discussion et le débat vont orienter la Commission dans la tâche qui lui incombe à présent, soit de rédiger une note d'accompagnement ou d'interprétation à l'appui du *Blueprint* et d'adapter sa mise en œuvre à l'évolution des circonstances.

2.6 OBSERVATIONS DU COMITÉ

Le Comité a été fortement impressionné par les progrès réalisés par la Nouvelle-Zélande depuis l'adoption de sa stratégie en matière de santé mentale, en 1994. L'expérience néo-zélandaise est une autre preuve de l'importance déterminante que revêt une planification suivie dans le domaine de la santé mentale. Le Comité a particulièrement pris note du fait que l'existence d'un plan détaillé, soigneusement chiffré, assorti d'objectifs bien précis, a aidé le milieu de la santé mentale à obtenir du gouvernement qu'il augmente sensiblement son niveau de financement.

De plus, le fait que la Nouvelle-Zélande se soit attardée à mettre sur pied des services communautaires complets lors du processus de désinstitutionnalisation a permis la réaffectation des ressources en sorte d'éviter une diminution du nombre de lits occupés par ceux et celles qui en ont besoin. Nous avons aussi été frappés par le rôle très important joué par un organisme indépendant, la Commission de la santé mentale, dans le cadre de ce processus et par la détermination du gouvernement d'adopter les recommandations de cette commission.

C'est sans doute l'attention régulière que la Nouvelle-Zélande a accordée au cours de la dernière décennie aux besoins de la population Maori qui a surtout impressionné le Comité. Il semble que le fait d'avoir tablé sur la participation des Maoris à l'orientation stratégique a permis de réaliser des gains notoires parce qu'il a ainsi été possible à cette communauté de s'approprier les programmes qui lui étaient destinés et d'y apposer son empreinte culturelle. Qui plus est, l'aboutissement récent des efforts de formation de professionnels maoris en santé mentale nous donne à penser qu'il existe des façons de s'attaquer à ces délicates questions.

Les programmes adoptés en vue de conférer des titres officiels aux travailleurs communautaires en santé mentale constituent une autre dimension des initiatives de formation d'un personnel nécessaire, initiatives qui semblent porter fruit en Nouvelle-Zélande. Le Comité a pris note que les efforts déployés par ce pays en vue d'améliorer l'accès aux services de soins primaires et de réduire la demande de services de soins secondaires a nécessité l'adoption de mesures pour atténuer l'impact des frais d'utilisation sur le comportement de ceux et de celles qui ont besoin de soins de santé. L'expérience néo-zélandaise constitue donc une autre preuve que les tickets modérateurs ont un effet dissuasif sur les patients potentiels.

Par ailleurs, nous serions curieux de voir s'il est possible de s'inspirer de l'expérience des conseils de santé de district en Nouvelle-Zélande pour améliorer la prestation des services de santé mentale aux Canadiens qui résident dans les régions rurales et éloignées.

Enfin, les membres du Comité ont été impressionnés par l'évolution des efforts déployés par la Nouvelle-Zélande pour combattre la stigmatisation et la discrimination dont souffrent les personnes atteintes de maladie mentale, surtout par l'engagement du gouvernement d'assurer un financement à long terme à cet égard. L'expérience néo-zélandaise nous rappelle l'importance de constituer des bases de données et d'évaluer l'information recueillie pour concevoir des campagnes de lutte contre la stigmatisation en vue de tirer les enseignements qui s'imposent de chaque expérience et de corriger le tir au besoin.

3.1 HISTORIQUE ET APERÇU

Bien que, jusqu'à la création récente des parlements écossais et gallois, son système parlementaire ait été le même que celui du Canada, le Royaume-Uni a tout de même été un État unitaire comprenant la Grande-Bretagne (Angleterre, Écosse et pays de Galles) et l'Irlande du Nord. Le système de santé publique – le National Health Service, soit le Service national de la santé (SNS) – est le même partout au Royaume-Uni, mais son administration relève de chaque juridiction qui le compose. Dans le présent chapitre, nous traiterons presque exclusivement des soins de santé en Angleterre et nous ne parlerons du Royaume-Uni que pour décrire les éléments communs. Établi en 1948, le SNS figure toujours parmi les systèmes de soins de santé dont l'administration et le financement sont les plus centralisés au monde.¹³ Le gouvernement central assure non seulement le financement des services de santé, mais aussi une partie importante de la gestion et de la prestation des services.

Comme au Canada, toutes les personnes qui résident normalement au Royaume-Uni sont admissibles aux garanties de l'assurance maladie en vertu du SNS. Le SNS n'a pas une liste précise des services qu'il garantit. Cependant, il est plus complet que le régime d'assurance-maladie canadien car il garantit les services offerts par les médecins, les services hospitaliers, les médicaments délivrés sur ordonnance, les soins dentaires et d'optique. Il n'existe pas de frais d'utilisation à l'égard des services des médecins au Royaume-Uni et les services hospitaliers et des spécialistes sont offerts gratuitement. Des frais d'utilisation s'appliquent aux médicaments délivrés sur ordonnance, aux services dentaires et aux services optiques, et, contrairement au Canada, le Royaume-Uni autorise l'achat d'assurance-maladie privée offrant les mêmes garanties que le SNS si ces services sont offerts par des fournisseurs qui travaillent hors du SNS.

Au Royaume-Uni, la partie des dépenses relatives aux soins de santé financée par le secteur public (82 p. 100) est plus importante qu'au Canada (70 p. 100). Le SNS est financé principalement par le système général d'imposition du gouvernement central, ainsi que par

¹² À moins d'indication contraire, les renseignements contenus dans le présent chapitre proviennent des sources suivantes : ministère de la Santé, *National Service Framework for Mental Health*, 1999; Select Committee on Health, *Fourth Report: Provision of NHS Mental Health Services*, 2000; McCulloch, Andrew, Matt Muijen et Heather Harper, « New Developments in Mental Health Policy in the United Kingdom » *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 23, n° 3-4, 2000; The Sainsbury Centre for Mental Health, « Mental Health Policy: the challenges facing the new Government, » juillet 2001; ministère de la santé, *The Journey to Recovery – The Government's Vision for Mental Health Care*, novembre 2001; National Institute for Mental health in England, *Cases for Change – Policy Context*, 2002; ministère de la Santé, *National Suicide Prevention Strategy for England*, septembre 2002; Levenson, Ros, Angela Greatley et Janice Robinson, *London's State of Mind*, King's Fund Mental Health Inquiry, 2003; The Sainsbury Centre for Mental Health, *Money for Mental Health: A review of public spending on mental health care*, 2003; Commission for Health Improvement, *What CHI has found in mental health trusts (sector report)*, 2003; Social Exclusion Unit, *Mental Health and Social Exclusion*, cabinet du vice-premier ministre, 2004.

¹³ Paul Wallace dans *The Economist* (17 juillet 2004) fait remarquer qu'avec ses 1,4 million d'employés, le SNS est le troisième plus important employeur au monde, derrière l'armée rouge chinoise et les chemins de fer indiens.

un élément de contribution au fonds national auquel participent les employeurs et les employés. Les frais d'utilisation comptent pour moins de 3 p. 100 du financement total du SNS.

De nombreuses réformes importantes de la gestion et de la prestation des services de santé au Royaume-Uni ont été entreprises dans les années 90. Celles-ci ont initialement créé un « marché intérieur », c'est-à-dire que certains principes axés sur le marché ont été insérés dans le régime des soins de santé financés publiquement. Un « partage acheteur-fournisseur » a modifié les relations entre les autorités régionales de la santé et les hôpitaux, tandis que l'établissement « d'enveloppes budgétaires pour les omnipraticiens » a modifié l'organisation et la forme des pratiques de médecine générale. Le gouvernement travailliste de Tony Blair, élu la première fois en 1997, était contre l'existence d'un marché intérieur en matière de santé; il a depuis lors modifié un certain nombre de caractères importants du régime, mais n'a pas cherché à retourner à la formule d'origine.¹⁴

M^{me} Anne Richardson, chef de la Direction des politiques en santé mentale, ministère de la Santé au gouvernement du Royaume-Uni, nous a expliqué que, depuis 2001, le Service national de la santé comporte trois niveaux, le ministère de la Santé chapeautant le tout. Elle a précisé que « le rôle du ministère de la Santé est d'élaborer des politiques ainsi que les systèmes et les structures nécessaires pour assurer les services. Cependant, il ne s'occupe pas directement de la mise en oeuvre de ce changement ». On dénombre par ailleurs 28 autorités sanitaires stratégiques (ASS) qui sont chargées d'administrer le bon fonctionnement des services locaux. Elles sont de taille variable (de 20 à 30 employés par emplacement) et peuvent assumer la responsabilité d'une trentaine de groupes de soins primaires (GSP), lesquels constituent le troisième niveau.

Les GSP, qui sont chargés de la gestion des services de santé, sont maintenant au centre du SNS et ils bénéficient de 75 p. 100 du budget du SNS. La plupart des GSP desservent des populations de 50 000 à 250 000 personnes, un GSP moyen servant quelque 100 000 personnes. On dénombre actuellement 302 GSP en Angleterre qui n'ont pas tous le même niveau d'expérience ni de compétence.

Les GSP offrent directement les soins primaires, ainsi que les services de santé communautaires et ils commandent des services¹⁵ aux groupes hospitaliers et à d'autres fournisseurs de soins secondaires et tertiaires. Les GSP peuvent également commander

¹⁴ En fait, certains analystes soutiennent que le gouvernement travailliste vient d'entreprendre un retour au « marché interne », ce qui a amené Paul Wallace à écrire que ce mouvement de balancier s'inscrit dans la foulée de l'important basculement politique qui a suivi les élections de 2001. (*Ibid.*)

¹⁵ Même au Royaume-Uni, il règne encore une certaine confusion quant au sens exact à donner au terme « commissioning » (que nous avons traduit ici par commander) et à son rapport avec le terme plus familier « purchasing » (acheter). Tant conceptuellement que dans les faits, ces deux mots semblent être employés assez librement. Il existe cependant une définition commune : *Commander* correspond à l'activité stratégique qui consiste à évaluer un besoin, des ressources et des services courants et à élaborer une stratégie afin d'utiliser au mieux les ressources disponibles pour satisfaire les besoins constatés. Qui dit commander, dit déterminer des priorités, acheter les services appropriés et les évaluer. *Acheter* est l'activité opérationnelle qui s'inscrit dans le contexte d'une commande et qui consiste à mettre des ressources en œuvre afin d'acquérir des services en sorte de satisfaire des besoins, soit à un niveau macro, ou à celui de la population, soit à un niveau micro ou à celui de l'individu.

d'autres services de soins primaires (services de physiothérapie, thérapies alternatives et counselling) et, comme nous le verrons, des services de santé mentale. M^{me} Richardson a indiqué au Comité que le travail des GSP sert « à interpréter les normes et les objectifs nationaux en fonction des besoins de leur population locale ».

3.1.1 La santé mentale

Jusqu'aux années 50, la principale forme de soin des personnes atteintes de maladie mentale était l'asile de type victorien. Comme ailleurs, avec l'arrivée de nouveaux médicaments et une prise de conscience publique voulant que les personnes atteintes de maladie mentale ont le droit de vivre dans la société, cette situation a commencé à changer à partir des années 60. On a commencé à fermer les vieux hôpitaux afin d'installer des unités psychiatriques plus modernes dans les hôpitaux généraux locaux. Ainsi, le nombre de lits d'hôpital avait diminué considérablement en 1978, passant de 129 000 en 1968 à 91 000 en 1978, à 63 000 en 1988-1989 et à 36 000 en 1998-1999.

Il est fort possible que le débat politique continuera de porter sur la meilleure façon d'administrer le processus de désinstitutionnalisation et sur ses nombreuses ramifications. Dans les premières années de l'application de cette politique, il semble que les décideurs aient sous-estimé le niveau de soutien requis par un groupe relativement petit de personnes lourdement handicapées qui vivaient auparavant dans des asiles datant d'une autre époque. On n'a pas prévu les ressources nécessaires pour accueillir ces personnes dans la collectivité. En particulier, il n'existait ni soutien intensif à la santé et aux services sociaux, ni logement subventionné. Cette situation a contribué à entretenir, dans certains cercles, l'impression que la politique elle-même, celle des « soins communautaires », était mauvaise, malgré l'évidence sur le plan international des résultats améliorés obtenus grâce aux soins communautaires pour la grande majorité des personnes atteintes de maladie mentale.

Au cours des dernières années, la politique relative à la santé mentale a été modifiée considérablement pour créer un système de soins efficace adapté aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale de tous les genres et de tous les niveaux de gravité. La série d'initiatives politiques prises au cours des années 90 a visé à consolider les services communautaires par la recherche d'un équilibre approprié entre les soins et le contrôle, et entre le soutien et la sécurité publique.

La politique a été promulguée dans les publications suivantes produites par le gouvernement :

- Un livre blanc, paru en 1998 sous le titre *Modernising mental health services: safe, sound and supportive*, avait pour objet de recenser et de combler les lacunes en matière de prestation de services. Il exprimait une vision pour la création de services de santé mentale axés sur la sécurité, le bon sens et le soutien, par le biais de différentes mesures, y compris la création de services de soutien communautaires plus actifs, comme les « équipes d'intervention affirmative » afin de s'occuper des problèmes des personnes vivant dans la collectivité et dont les besoins sont complexes.
- Ce livre blanc a été suivi du document sur le cadre du service national intitulé *National Service Framework for Mental Health (NSF-MH)*, soit le Cadre national de

service en matière de santé mentale, qui fixait des normes et des objectifs détaillés pour les services de santé mentale des adultes de 18 à 65 ans ayant des problèmes de santé mentale (voir ci-après);

- Le *NHS Plan*, c'est-à-dire le plan du SNS, publié en 2000, prévoyait l'amélioration du programme décrit dans le *National Service Framework* en y ajoutant de nouveaux services, notamment l'intervention affirmative, la résolution des situations de crise (parfois appelée traitement à domicile) et l'intervention précoce dans les services psychotiques. Ce plan prévoyait l'arrivée de diplômés en soins primaires de santé mentale, de travailleurs qui orientent la clientèle et de travailleurs d'appui aux fournisseurs de soins et il favorisait les modifications structurelles comme la création de groupes de soins. Il contenait également les exigences relatives à la main-d'œuvre en santé mentale et les questions liées au recrutement et au maintien en poste, au leadership et à la formation. Le Plan du SNS comportait un financement nouveau de 300 millions de livres pour les services de santé mentale.

Le *National Service Framework for Mental Health* est un programme décennal. M^{me} Richardson a décrit au Comité les sept normes autour desquelles il s'articule :

- La première concerne la promotion de la santé mentale — c'est-à-dire toutes les mesures nécessaires pour vous aider à lutter contre les préjugés qui entourent la maladie mentale et réduire les risques que les personnes développent une maladie mentale.
- Les normes deux et trois portaient sur la santé mentale et les soins primaires, afin de prendre les mesures nécessaires pour améliorer l'accès aux services par des personnes atteintes de ce qu'on appelle des troubles mentaux courants.
- Les normes quatre et cinq concernent les personnes ayant une grave maladie mentale — la proportion relativement faible du groupe total de personnes ayant des problèmes de santé mentale — qui néanmoins présentent le plus de risques de décès par suicide et autres causes, et qui présentent aussi les taux les plus élevés de morbidité. Je songe entre autres aux personnes diagnostiquées schizophrènes, bipolaires ou très gravement déprimées.
- La norme six portait sur les mesures nécessaires pour améliorer les services et les mécanismes de soutien à l'intention des personnes qui prodiguent des soins.
- La norme sept mettait l'accent sur toutes les mesures nécessaires dans l'ensemble du réseau des soins de santé et des services sociaux pour réduire le risque de suicide.

L'encadré suivant présente les sept normes en question.

NORMES « NSF-MH »

1. *Les services de santé et les services sociaux devraient :*
 - favoriser la santé mentale pour tous, grâce au travail auprès des personnes et des collectivités;
 - lutter contre la discrimination à l'égard des personnes et des groupes ayant des problèmes de santé mentale, et favoriser leur insertion sociale.
2. *Tout utilisateur de services qui communique avec son équipe de soins de santé primaires et qui souffre d'un problème de santé mentale commun devrait :*
 - faire identifier et évaluer ses besoins en santé mentale
 - se voir offrir des traitements efficaces, y compris le renvoi aux services spécialisés afin d'obtenir une évaluation plus poussée, ainsi que les traitements et les soins dont il a besoin.
3. *Toute personne souffrant d'un problème de santé mentale devrait :*
 - pouvoir communiquer en tout temps avec les services locaux qui peuvent répondre à ses besoins afin de recevoir les soins appropriés;
 - pouvoir utiliser le service NHS Direct, à mesure qu'il sera mis en place, afin d'obtenir une opinion de premier niveau et le renvoi à des lignes secours spécialisées ou aux services locaux.
4. *Tout utilisateur de services de santé mentale rattaché au service « Care Programme Approche (CPA) » devrait :*
 - recevoir des soins qui optimisent la responsabilisation, préviennent ou anticipent les crises et qui réduisent les risques;
 - posséder un exemplaire écrit d'un plan de soins qui
 - inclue les mesures à prendre, en situation de crise, par les utilisateurs, par leurs fournisseurs de soins et par leurs coordonnateurs de soins;
 - informe l'omnipraticien des mesures à prendre si l'utilisateur a besoin d'autres services;
 - soit révisé régulièrement par le coordonnateur de soins;
 - permette d'accéder aux services 24 heures sur 24, toute l'année durant.
5. *Tout utilisateur de services qui a fait l'objet d'une évaluation et qui a besoin de recevoir des soins hors de son domicile pendant un certain temps devrait :*
 - pouvoir accéder en temps voulu à un lit ou à un local, dans un hôpital ou dans un autre lieu approprié, qui soit :
 - situé dans un environnement qui soit le moins contraignant possible, compte tenu de la nécessité de le protéger et de protéger le public,
 - situé le plus près possible de son domicile;
 - posséder un exemplaire écrit d'un plan du suivi convenu après le congé, document dans lequel sont indiqués les soins et la réadaptation à recevoir, le nom du coordonnateur de soins et les mesures à prendre en cas de situation de crise.

6. *Toute personne qui prodigue régulièrement des soins importants à une personne en vertu du CPA devrait :*
 - subir une évaluation de ses besoins en matière de soins de santé et de ses besoins physiques et mentaux, au moins une fois par année;
 - posséder son propre plan de soins qui lui est remis et qui est appliqué après discussion avec elle.

7. *Les collectivités locales de soins de santé et de services sociaux devraient prévenir le suicide :*
 - en favorisant la santé mentale pour tous, en travaillant avec les individus et avec les collectivités (norme un);
 - en dispensant des soins primaires de haute qualité (norme deux);
 - en s'assurant que toute personne qui a un problème de santé mentale puisse communiquer avec les services locaux par l'entremise du Groupe de soins primaires, d'une ligne secours ou à un service d'urgence (norme trois);
 - en s'assurant que les personnes atteintes de maladie mentale grave et prolongées possèdent un plan de soins qui réponde à leurs besoins particuliers, y compris l'accès aux services en tout temps (norme quatre);
 - en offrant des locaux sûrs dans les hôpitaux aux personnes qui en ont besoin (norme cinq);
 - en permettant aux personnes qui s'occupent des personnes atteintes de maladie mentale grave d'obtenir l'appui dont elles ont besoin pour continuer de s'en occuper (norme six);

et enfin :

 - en appuyant le personnel des prisons locales en matière de prévention du suicide chez les prisonniers;
 - en s'assurant que le personnel possède les compétences nécessaires pour évaluer le risque de suicide chez les personnes les plus à risque;
 - en élaborant des systèmes locaux d'examen des suicides afin d'en tirer des leçons et améliorer la prévention.

Le NSF-MH était le premier document à indiquer ce qu'on attendait des services de santé et des services sociaux en Angleterre. Un nouvel organisme, l'Institut national de santé mentale (NIMHE, pour National Institute for Mental Health in England) a été chargé de superviser la mise en œuvre du cadre de service. Comme M^{me} Richardson l'a expliqué, le NIMHE

... compte une série de huit centres de développement régional dispersés un peu partout en Angleterre. Le travail de ces centres consiste particulièrement à aider les services locaux à mieux atteindre leurs objectifs. Ils établissent des modèles de pratiques exemplaires, visitent les services locaux et font appel à des porte-parole chargés de mieux faire connaître le nouveau modèle de services et les besoins des personnes qui ont une maladie mentale. Il existe environ 26 programmes de travail qui relèvent de l'Institut national de la santé mentale et qui disposent tous d'un financement central. Ces programmes sont destinés à appuyer la réforme.

M^{me} Richardson a donné l'exemple suivant pour l'un des programmes administrés par le NIMHE :

[N]ous avons un programme de santé mentale à l'intention des Noirs et des minorités ethniques, dont le financement à l'heure actuelle est de 2,5 millions de livres jusqu'en 2006. Ce programme emploiera du nouveau personnel affecté au développement communautaire et servira à mettre sur pied environ 80 projets de développement communautaire, ce qui nous permettra d'améliorer les services de santé mentale à l'intention des Noirs et des groupes de la minorité ethnique qui ont des problèmes de santé mentale.

Le NIMHE comprend huit bureaux régionaux qui travaillent chacun directement au contact des collectivités locales, des GSP, des ONG et des utilisateurs de service. Ce faisant, le NIMHE est en mesure d'organiser sa contribution pour mettre en œuvre le NSF-MH ainsi que ses programmes d'assistance dans le cadre d'une approche d'intégration communautaire.

Le NSF-MH prévoyait en outre la création, dans tous les domaines visés, d'équipes locales de mise en œuvre (ÉLMO) composées de représentants des utilisateurs de services, du personnel soignant, des autorités locales compétentes, des Groupes de soins primaires, des Groupes du SNS et des autorités de la santé, ayant pour mandat d'élaborer un plan local de mise en œuvre. Initialement, 126 ÉLMO ont été créées, certaines ayant fonctionné mieux que d'autres. À cet égard, M^{me} Richardson nous a précisé ce qui suit :

Sans ces équipes de mise en œuvre locales, nous n'aurons absolument pas pu apporter tous les changements que nous avons réussi à instaurer. Je ne veux pas brosser un tableau trop optimiste car il nous reste encore beaucoup de chemin à parcourir. Il y a maintenant presque cinq ans que le programme a été lancé, et nous avons apporté des changements considérables, mais il reste encore beaucoup à faire. Les équipes de mise en œuvre locales ont joué un rôle essentiel à cet égard, et il est très important dans le cadre du programme de réforme de s'assurer dès le départ d'avoir l'infrastructure qui convient.

De plus, le gouvernement a depuis lors produit un Guide détaillé de la mise en œuvre de la politique afin de soutenir le NSF-MH (en 2001) et il a publié des propositions de réforme du *Mental Health Act* (Loi sur la santé mentale) en 2002.

Malgré les nombreuses réactions positives au NSF-MH, certains s'inquiétaient de l'insuffisance des ressources disponibles par rapport à la tâche à accomplir, tandis que d'autres pensaient que le NSF-MH ne prenait pas en compte le débat en cours sur les modèles médicaux et les modèles sociaux en santé mentale. Ces critiques pensaient que l'appellation « maladie mentale » donnée aux problèmes de santé mentale révélait une incapacité de considérer les clients actuels et les ex-clients comme des personnes ayant des points forts et pas uniquement des problèmes. Malgré les différentes critiques, pour la plupart des commentateurs du NSF-MH, il y avait lieu de se montrer optimiste quant à l'avenir des services de santé mentale au Royaume-Uni.

3.2 COÛTS ET FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Un rapport, publié en juin 2004 par l'Unité de santé mentale et d'exclusion sociale, qui relève du cabinet du vice-premier ministre, donne les chiffres suivants quant aux coûts de la maladie mentale en Angleterre :

- Le coût global annuel des problèmes de santé mentale dans ce pays est évalué à 77,4 milliards de livres. L'incidence sur la qualité de vie, notamment à cause de la mortalité prématurée, représente plus de la moitié de ce chiffre.
- Les pertes de rendement, associées aux chances d'emploi ratées, sont estimées à plus de 23 milliards de livres par an.
- Les coûts économiques du suicide seraient de quelque 5,3 milliards de livres.

En 2000, le Secrétaire d'État à la Santé a déclaré devant le Select Committee sur la santé que les services de santé mentale représentaient 12 p. 100 du budget total des services de santé hospitaliers et communautaires. Mme Richardson a indiqué au Comité qu'en 2001, 2002, cette proportion est passée à 13 p. 100. D'un autre côté, elle a insisté sur le fait qu'il ne faut pas perdre une chose de vue :

[L]es dépenses en services de santé communautaires et hospitaliers ne représentent qu'une partie des fonds consacrés à la santé mentale. Nous avons aussi des dépenses en soins sociaux, qui sont engagées séparément par les administrations locales pour les services sociaux, les services d'éducation et d'autres.

Plus récemment, une estimation du Sainsbury Centre for Mental Health¹⁶ (2003) indiquait qu'environ 80 p. 100 des dépenses totales au chapitre des services de santé mentale étaient financées par le SNS. Quant au reste, 15 p. 100 proviennent des budgets relatifs aux services sociaux de compétences locales, 3 p. 100 sont assurés par la Subvention pour la santé mentale (réservée aux services de santé mentale offerte aux administrations locales par le gouvernement central) et le reste provient d'autres sources, y compris les frais d'utilisation.

Le Centre Sainsbury a en outre estimé qu'environ 75 p. 100 des dépenses totales relatives aux services de santé mentale correspondent aux coûts directs de la prestation des services (surtout en personnel), tandis que les 25 p. 100 restant correspondent aux coûts indirects, aux frais généraux et aux intérêts et remboursements des emprunts.

Comme nous l'avons indiqué plus haut, le plan du SNS a prévu l'accroissement du financement de la santé mentale afin de permettre l'expansion des services. Dans son rapport sur les dépenses en santé mentale, le Centre Sainsbury a calculé que les charges en trésorerie pour les services de santé mentale des adultes (du SNS et des autorités sanitaires

¹⁶ Le Sainsbury Centre for Mental Health (SCMH) est un organisme de bienfaisance qui cherche à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de problèmes de santé mentale graves. Il effectue des recherches et conduit des activités de développement et de formation afin d'influencer les politiques et les pratiques dans le domaine des soins de santé et du bien-être. Le SCMH est affilié à l'Institute of Psychiatry du King's College, à Londres. Ses travaux sont très respectés dans le monde entier.

locales combinées) ont augmenté de 7,1 p. 100 en 2002-2003 et qu'une augmentation de 6,3 p. 100 est prévue pour 2003-2004. Au cours de ces deux exercices, cependant, l'analyse indique que la croissance des dépenses relatives aux services de santé mentale est beaucoup plus lente que la croissance globale des dépenses relatives à l'ensemble des soins de santé et des services sociaux. Cela signifie que, compte tenu de l'augmentation des salaires et des prix, les dépenses relatives aux services de santé mentale augmenteront de moins de la moitié du taux des dépenses totales pour le SNS et les services sociaux au cours des deux années 2002-2003 et 2003-2004.

Le Centre Sainsbury a ainsi conclu que, malgré le statut de service prioritaire de la santé mentale, la part qui est accordée à ce secteur dans les budgets relatifs au SNS et aux services sociaux est en baisse. Il souligne que l'augmentation des dépenses sont très inférieures au taux moyen d'augmentation annuelle de 11,5 p. 100 nécessaire à la mise en œuvre du cadre national de services en santé mentale (NSF-MH) selon le calendrier du gouvernement. D'après le Centre, pour que le calendrier soit respecté, il faudrait que le taux d'augmentation des dépenses annuelles en espèces pour les services de santé mentale soit deux fois supérieur à ceux de 2002-2003 et de 2003-2004.

Le Centre Sainsbury constate bien des différences locales dans les régimes de dépense, mais il conclut qu'elles ne doivent pas obscurcir la conclusion la plus importante de son étude qui indique qu'au niveau national, la tendance actuelle en matière de dépenses laisse prévoir un écart croissant entre les promesses et les résultats dans le domaine de la prestation de meilleurs services de santé mentale. Selon le Centre, les décideurs doivent de toute évidence choisir entre ralentir le programme de réforme et affecter davantage de ressources à la santé mentale.

Toutefois, dans son témoignage, M^{me} Richardson a déclaré au Comité :

Tout d'abord, je dois contester vivement la notion selon laquelle le cadre du service national n'a pas prévu une augmentation des ressources destinées à la santé mentale. Comme je crois l'avoir dit plus tôt, le plan du SNS établit qu'un montant de 300 millions de livres supplémentaires, en sus du financement de base, sera investi dans le service national de santé pour accélérer sa mise en œuvre d'ici 2003-2004.

Et elle a souligné :

Les indications dont nous disposons corroborent le fait que ces fonds ont effectivement été affectés aux services de santé mentale. Nous savons que jusqu'en avril de l'année dernière, un montant supplémentaire de 262 millions de livres a été consacré à la santé mentale en plus du financement de base prévu pour 2001.

À l'échelon local, il semblerait que l'écart entre les ambitions du programme de réforme et la réalité des restrictions du financement de la santé mentale soit amplifié par les nouvelles façons dont les fonds sont maintenant attribués pour les besoins locaux. Comme nous

l'avons vu, les Groupes de soins primaires (GSP), gérés localement, obtiennent maintenant leur financement du SNS directement du gouvernement central plutôt que des autorités sanitaires. Les GSP sont responsables de la répartition de ces fonds entre les différents services de santé, y compris les services de santé mentale, et aussi de l'établissement des priorités locales pour le développement futur des services. Les GSP sont la principale source de financement des soins de santé mentale et en principe, ils peuvent réorienter les ressources vers les services et vers les fournisseurs en fonction des priorités locales.

Une étude récente a été menée par le *King's Fund on mental health services* à Londres en 2003. Elle indique qu'en dépit du fait que la responsabilité de commander la plupart des services de santé mentale soit passée des mains des autorités sanitaires à celles des GSP, la plupart des GSP semblent avoir été incapables de consacrer beaucoup de temps à cette obligation, contrairement à ce qu'on attendait d'eux en raison de la *taille* de leurs budgets ou contrairement aux exigences, en raison de l'état du développement des services de santé mentale. Le Centre Sainsbury a effectué un sondage auprès des Équipes locales de mise en œuvre (ÉLMO), qui sont chargées de mettre en place les réformes en matière de santé mentale. L'analyse suggère que, dans l'ensemble, 58 p. 100 des ÉLMO pensent que le financement pour 2003-2004 sera vraisemblablement insuffisant, tout compte fait, pour maintenir les services de base et appliquer le programme de réforme du gouvernement, tandis que 42 p. 100 d'entre elles se disaient plus optimistes. Les chiffres des plans locaux de prestation pour trois ans, jusqu'en 2005-2006, indiquent aussi que le rendement sera vraisemblablement inférieur aux objectifs nationaux et à ceux des politiques.

Plus généralement, les budgets pour la santé mentale sont comprimés à cause d'un certain nombre de pressions, dont les principales sont la pénurie de personnel (qui occasionne des dépenses supérieures pour l'embauche de personnel temporaire), l'augmentation rapide des coûts de prescription et l'obligation de rembourser les dettes accumulées. Par exemple, le Centre Sainsbury a présenté un cas de dépassement extrême du cadre du budget : un groupe du sud de l'Angleterre a déclaré avoir dépensé en trop 145 000 £ pour de la publicité de recrutement et 1 672 000 £ pour des médecins suppléants.

Dans un rapport présenté devant le *Mental Health Providers Forum* (MHPF) en 2002, on estimait que les dépenses effectuées pour et par le secteur bénévole pour la prestation des services de santé mentale correspondent à environ 10 p. 100 des dépenses publiques pour la santé mentale. Les recettes combinées des membres du MHPF en 2001/2002 s'élevaient à 320 millions de livres, la majorité de ces fonds provenant du SNS et des autorités sanitaires locales en matière de services de santé mentale offerts dans le cadre de marchés de service. Les soins à domicile constituaient la partie la plus importante des activités confiées par commande, avec 69 p. 100 des dépenses totales, suivis par les services communautaires, avec 23 p. 100. Le reste des dépenses s'étalait sur différents services, dont l'information, la défense des droits, la recherche, les campagnes, la formation et l'appui aux soignants.

3.3 PRESTATION ET ORGANISATION DES SERVICES

La modernisation des services de santé mentale au Royaume-Uni se fait dans le contexte d'une réorganisation importante des services. Le principal changement apporté dans le secteur public ces dernières années a été l'émergence de groupes de spécialistes de la santé

mentale qui, dans plusieurs cas, sont toujours en voie de développement alors que diverses agences ont été amalgamées en vue de constituer un fournisseur unique pour l'ensemble des services de santé mentale dans chaque localité. Certains de ces fournisseurs sont constitués en groupes de soins de santé et de services sociaux ayant un budget unifié pour la santé et les services sociaux et un personnel et des locaux communs.

La création de tels groupes de spécialistes de la santé mentale est un phénomène nouveau puisque la majorité d'entre eux n'existent que depuis avril 2002. Ils remplacent toute une gamme de services qui étaient jusque là fournis et gérés par des groupes de soins actifs, des groupes communautaires et certains groupes de spécialistes de la santé mentale. Ces groupes présentent une grande diversité de caractéristiques comme l'importance de leur budget d'ensemble, le nombre d'employés, le nombre de malades hospitalisés, le nombre de lieux de prestation de services et le territoire géographique desservi.

Ces groupes se différencient aussi par la clientèle desservie. Plusieurs s'intéressent aux difficultés d'apprentissage et la plupart offrent des services aux personnes âgées, de même qu'aux enfants, aux adolescents et aux adultes en âge de travailler. De plus en plus, ces groupes offrent des soins à domicile ou des « services d'urgence » pour répondre à des cas individuels de souffrance morale aiguë, afin que ces personnes puissent demeurer dans la collectivité, le plus souvent chez elles, au lieu d'être hospitalisées. Les groupes du SNS qui assurent la prestation de services de santé mentale généraux peuvent souvent avoir accès à une unité de soins fermée à clé ou à une unité de soins intensifs pouvant accueillir les patients qui ont besoin d'une sécurité physique accrue ou de la présence d'un personnel plus nombreux que dans une aile de soins actifs.

Dans leurs témoignages devant le *Select Committee* sur la santé, en 2000, le Royal College of Nursing et le Royal College of Psychiatrists ont soutenu que la qualité des soins communautaires n'est possible que si les malades peuvent aussi être hospitalisés dans un établissement de qualité. Divers témoins ont dit au Comité que ces centres de soins sont encore de qualité inférieure. On a renvoyé le Comité à une étude du Centre Sainsbury selon laquelle les pressions exercées pour l'utilisation de lits de soins actifs sont telles que le milieu n'a rien de « thérapeutique », que les services n'ont pas de buts précis et que les liens avec la collectivité sont médiocres. La Mental Health Foundation a aussi laissé entendre au Comité que la « faiblesse réelle » des services de santé mentale se situe dans les unités de soins actifs.

Une bonne partie des services de santé mentale sont aussi offerts dans un cadre de soins primaires. Selon les chiffres avancés dans le Rapport sur la santé mentale et l'exclusion sociale, 90 p. 100 des patients ayant des problèmes de santé mentale et un quart de ceux atteints de troubles graves de santé mentale sont traités dans le cadre de soins primaires, et 30 p. 100 des consultations en pratique générale comportent un élément de santé mentale (il s'agit le plus souvent de dépressions, de troubles de l'alimentation et de troubles anxieux).

D'un autre côté, M^{me} Richardson nous a déclaré « Le fait est que nous n'avons pas de stratégie en tant que telle pour l'intégration des soins primaires et secondaires ». Toutefois, elle a décrit au Comité une initiative particulière destinée à améliorer la prestation des services au niveau de soins primaires. Le plan du SNC pour 2000 fixe à 1 000 le nombre de travailleurs en santé mentale qui devront être diplômés dans le domaine des soins primaires d'ici décembre 2004, afin d'aider les omnipraticiens à consulter et à traiter les gens de tous

âges atteints de problèmes de santé mentale communs. Pour M^{me} Richardson, « le travailleur diplômé est une nouvelle espèce ». Elle devait d'ailleurs nous décrire le programme en ces termes :

[...] nous avons dans le système un groupe de diplômés aptes qui voulaient travailler au SNS et qui pouvaient recevoir une formation, selon les données recueillies, pour fournir brièvement et efficacement en matière de soins primaires des traitements fondés sur des données probantes aux patients souffrant de troubles courants. Nous avons [...] constitué 12 nouveaux programmes de formation dans toute l'Angleterre pour leur offrir un programme externe de formation d'un an menant à l'obtention d'un certificat d'études supérieures.

[...] Nos travailleurs qui font des études plus poussées ont généralement une formation en sciences sociales ou en psychologie et ne sont pas des infirmiers ou des infirmières. La formation supplémentaire d'un an qu'ils reçoivent après l'obtention de leur diplôme les prépare à donner des conseils en matière d'auto-assistance, à diffuser de l'information et à traiter efficacement sur de courtes périodes les personnes atteintes de troubles communs en tentant d'agir sur leur comportement cognitif.

Le plan du SNS fait également état d'autres objectifs particuliers, dont la mise sur pied de 50 autres équipes d'intervention d'urgence, objectif qui, selon M^{me} Richardson, a été atteint. Elle nous a d'ailleurs expliqué ce qu'est une équipe d'intervention affirmative :

[...] Il s'agit d'une petite équipe multidisciplinaire composée de neuf à quinze personnes. Elle s'occupe particulièrement des quelque 1 500 patients du système de services de santé mentale qui ont une maladie mentale grave ou qui risquent plus particulièrement de perdre contact avec les services ou de ne plus communiquer avec leurs travailleurs principaux. Ce groupe particulier d'utilisateurs de services compte parmi ceux qui posent le plus de défis. Ils ont habituellement une longue histoire, une maladie mentale grave, sont atteints de schizophrénie, par exemple. Il s'agit assez souvent d'itinérants, sans domicile fixe.

L'équipe d'intervention affirmative commence son travail après une période d'admission. Par exemple, généralement, un utilisateur de services est admis à un hôpital psychiatrique, reçoit un traitement pendant un certain temps et suit un plan d'intervention. L'équipe d'intervention affirmative assure un suivi, de façon assez affirmative, comme son titre l'indique. Elle rend visite à la personne chez elle; si la personne ne se rend pas à un rendez-vous, elle vérifie ce qui s'est passé. Ses membres peuvent rencontrer l'utilisateur de services, le patient, à l'endroit de son choix. Nous connaissons des équipes d'intervention affirmative qui travaillent à la buanderie du coin, et ces travailleurs

essaient de faire en sorte que l'utilisateur de services suive son plan d'intervention et ne s'isole pas.

En plus des grands organismes, on trouve habituellement des fournisseurs indépendants dans la plupart des localités. Bien souvent, ce sont des organismes du secteur bénévole qui font partie d'organisations nationales. Le secteur privé peut aussi être actif sur la scène locale, surtout dans un rôle de fournisseur d'installations sécuritaires et d'installations répondant à des besoins spéciaux. De même, il y a des propriétaires privés qui offrent des logements spécialisés aux personnes qui ont des besoins en santé mentale dans certaines régions.

3.3.1 Les ressources humaines

Le Royaume-Uni fait toujours face à de sérieux problèmes de recrutement et de maintien en poste de travailleurs de la santé mentale. Les importantes pénuries de personnel, surtout de psychiatres et d'infirmières et d'infirmiers dans les hôpitaux, continuent d'avoir des conséquences majeures sur le leadership clinique et sur la qualité des soins offerts. Comme nous l'avons indiqué précédemment, les problèmes de recrutement et de maintien du personnel entraînent le recours à un nombre élevé d'employés temporaires et à du personnel d'agences. Toutefois, les expériences locales varient selon les conditions de travail, les stratégies de recrutement et l'attrait qu'exercent certaines organisations et localités.

En 2000, le Secrétaire d'État à la Santé parlé, devant un comité parlementaire, des pénuries d'infirmières et d'infirmiers, de psychiatres et « d'autres personnels spécialisés » mais il a ajouté que la situation variait aux niveaux local et régional et que les chiffres sur le nombre de postes vacants en soins infirmiers en santé mentale (2,1 p. 100) étaient inférieurs au nombre de postes vacants en soins infirmiers généraux (2,6 p. 100). Dans son témoignage devant ce même comité, le Royal College of Psychiatrists a estimé qu'en moyenne, le taux de vacances pour les psychiatres consultants est d'environ 15 p. 100.

Une étude menée en 2003 par la *Commission for Health Improvement* (Commission sur l'amélioration de la santé – CAS) indique que plusieurs employés permanents travaillent de trop longues heures. La Commission a aussi été impressionnée par l'engagement et le dévouement du personnel clinique, non clinique et chargé d'administrer des soins, à offrir des soins de haute qualité aux usagers dans l'ensemble du secteur, bien que plusieurs employés aient été soumis à des pressions considérables dans des milieux de travail difficiles.

3.3.2 Les services aux minorités

Le rapport sur la santé mentale et l'exclusion sociale précise qu'au Royaume-Uni :

- les membres de groupes minoritaires ethniques sont six fois plus susceptibles d'être détenus en vertu du Mental Health Act (loi sur la santé mentale) que les Blancs;
- on estime que l'on diagnostique deux fois plus de troubles psychotiques chez les Afro-antillais que chez les Blancs, même s'ils sont trois à cinq fois plus susceptibles que ces derniers d'être admis dans les hôpitaux après un diagnostic de schizophrénie;

- les femmes sud-asiatiques nées en Inde et en Afrique de l'Est présentent des taux de suicide qui sont 40 p. 100 plus élevés que celles nées en Angleterre et au pays de Gales.

Les données statistiques présentées par la British Psychological Society dans son témoignage devant le *Select Committee* sur la santé en 2000 soulignent la tendance chez les patients de minorités ethniques à tarder pour obtenir des services : ils attendent que la maladie se soit aggravée et risquent davantage d'être hospitalisés. D'autres témoins ont indiqué que les services offerts aux minorités visibles sont souvent « inappropriés » ou « dépourvus d'humanité ». Certains groupes minoritaires sont également sous-représentés dans les services. Par exemple, les femmes de communautés sud-asiatiques recourent moins que la moyenne aux services de santé mentale officiels et affichent un taux de suicide supérieur à la moyenne.

Les motifs avancés par les témoins devant ce comité du Parlement britannique pour expliquer que les membres de minorités ethniques ont moins souvent recours aux services de santé mentale diffèrent grandement de celles qui caractérisent les patients de race blanche et sont de deux ordres : les services ne seraient pas adaptés et les fournisseurs de services ne comprennent pas les besoins des patients de minorités visibles. Le *Select Committee* s'est dit préoccupé par la lenteur des changements bien que ces problèmes soient connus depuis quelques années déjà.

3.4 PROMOTION ET PRÉVENTION

3.4.1 La lutte à la stigmatisation et à la discrimination

Comme nous l'avons indiqué précédemment, la première norme du Cadre national de service en matière de santé mentale vise à faire en sorte que les services de santé et les services sociaux fassent la promotion de la santé mentale et de la lutte à la discrimination et à l'exclusion sociale. M^{me} Richardson a indiqué au Comité que son gouvernement avait débuté le tout

... en mars 2001, par une campagne nationale intitulée « Mind Out for Mental Health ». Par cette campagne, nous voulions lutter contre la stigmatisation et la discrimination auxquelles se heurtent les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. La campagne visait à favoriser leur inclusion dans la société.

Cette campagne, qui a duré trois ans, s'est terminée en mars 2004. Dans le rapport sur la santé mentale et l'exclusion sociale, on apprend qu'elle a surtout donné lieu à l'instauration d'un « bureau de porte-parole » composé de plus de 40 personnes ayant une expérience des troubles en santé mentale et qui ont été formées pour faire part de leur expérience aux médias et aux employeurs. L'évaluation réalisée au terme du programme a révélé que ces ambassadeurs avaient donné un côté « humain et personnel » à la campagne et que les idées fausses avaient été mises à mal par ces témoins directs.

L'autre projet de lutte à la stigmatisation, la campagne « Changing Minds » (Changer d'esprit) du Royal College of Psychiatrists, s'est terminée à la fin 2003, après avoir été lancée cinq ans plus tôt. Un certain nombre d'organismes bénévoles poursuivent d'ailleurs cette campagne et, au sein de l'appareil gouvernemental, c'est l'Institut national de santé mentale (NIMHE) qui est chargé de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées à la santé mentale.

Malgré les efforts considérables déployés en Angleterre pour lutter contre la stigmatisation, on note cependant, dans le rapport sur la santé mentale et l'exclusion sociale, que cette campagne n'est pas toujours bien coordonnée et qu'elle a été essentiellement axée sur l'information et la sensibilisation du public plutôt que sur les changements de comportement. Le rapport conclut que les deux principales leçons qu'il faut retenir de la campagne « Mindout » sont : la nécessité de disposer de stratégies de financement à long terme et la nécessité de conduire une évaluation solide. Le même rapport cite un examen documentaire contenu dans un document international qui a été commandé par le NIMHE et qui constate que le niveau moyen de dépenses au chapitre de la sensibilisation à la santé mentale en Angleterre est inférieur et qu'il s'étale sur moins longtemps que dans les pays administrant des programmes qui donnent de meilleurs résultats (voir le tableau ci-dessous). Bien que le rapport qualifie la stigmatisation et la discrimination de plus importants obstacles à l'inclusion sociale des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, il conclut que, malgré les campagnes menées jusqu'alors, on n'a pas constaté de changement marqué d'attitude.

DÉPENSES INTERNATIONALES DANS LES CAMPAGNES SUR LA SANTÉ MENTALE, PAR HABITANT (POPULATION GÉNÉRALE)*	
Mindout for mental health	1,44 pence
See Me, Scotland**	13 pence
Like Minds, Like Mine, New Zealand	1 \$NZ1 (environ 36 pence)

* Les chiffres sont une approximation des dépenses globales divisées par la population, les dépenses annuelles moyennes étant établies pour la durée de la campagne. La livre britannique, qui vaut environ 2,43 \$CAD, comporte 100 pence.

** Voir le cadre ci-dessous.

La nouvelle stratégie décrite dans le rapport en vue de lutter contre la stigmatisation et la discrimination part donc de l'hypothèse selon laquelle, pour véritablement composer avec les problèmes de santé mentale, il faut recourir à plus qu'une solution médicale. Le rapport soutient notamment qu'il faut obtenir de la société qu'elle réagisse positivement aux besoins des particuliers et à la promotion du bien-être mental. Pour y parvenir, il fixe un plan d'action en 27 points qui vise à coordonner l'action des ministères et des autres organismes concernés en vue de modifier les attitudes, de permettre aux gens de réaliser leurs aspirations et d'améliorer les possibilités et la situation globale de ce groupe d'exclus.

LA CAMPAGNE ÉCOSSAISE SEE ME

See Me est une campagne de lutte contre la stigmatisation, administrée par un regroupement de cinq organisations écossaises de santé mentale, qui est financée par la branche exécutive de l'Écosse. Lancée en octobre 2002, elle est un élément important du programme national d'amélioration de la santé mentale et du bien-être. Elle est dotée d'un budget de 3 millions de livres sur quatre ans (jusqu'en 2005-2006). Elle est notamment le produit de consultations poussées avec des personnes qui ont connu les affres de la maladie mentale. Bien que d'envergure nationale, elle s'appuie sur des activités locales et repose sur de la publicité multimédia ainsi que sur l'intervention, auprès des médias, de porte-parole qui ont eux-mêmes eu des problèmes de santé mentale. *See Me* comporte un volet sur la stigmatisation qui consiste à inciter la population à réagir aux attitudes et aux propos discriminatoires relevés dans les médias. La reconnaissance de la campagne est régulièrement de 28 p. 100.

Le plan comporte un programme destiné à lutter contre les attitudes négatives et à sensibiliser la population aux droits des gens. Ce nouveau programme de lutte contre la stigmatisation a fait l'objet d'un investissement de 1,1 million de livres par le ministère de la Santé et d'un financement additionnel provenant d'autres ministères. Il sera orchestré par le NIMHE et, selon le rapport :

- il sera fondé sur les expériences internationales qui ont donné des résultats et sera inspiré des leçons tirées de campagnes de promotion antérieures dans le domaine de la santé et de la santé mentale;
- il ciblera des auditoires clés, surtout les employeurs, les jeunes et les médias;
- il proposera des messages cohérents et éprouvés, sous une seule et même bannière;
- il fera la promotion de la contribution que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale peuvent apporter à la société;
- son avenir sera assuré par un financement suivi;
- il traitera des questions d'ethnicité et de questions propres à chacun des sexes;
- il proposera un cadre et des documents d'appui au travail local par l'accent placé sur les questions particulières auxquelles sont confrontées les communautés démunies;
- il sera clairement évalué à la faveur de sondages réguliers.

3.4.2 La prévention du suicide

L'Angleterre s'est doté d'une stratégie nationale en matière de prévention du suicide en 2002. Celle-ci visait à réduire d'au moins un cinquième d'ici 2006 le nombre de décès par suicide et de blessures de causes indéterminées, objectif qui a été repris d'un livre blanc du gouvernement en 1999 et intitulé *Saving Lives: Our Healthier Nation*.

La stratégie est perçue comme un ensemble d'activités permanentes et coordonnées se voulant complètes, fondées sur des constats, spécifiques et sujettes à évaluation. Elle fera partie des programmes de base de l'Institut national de la santé mentale (NIMHE). La stratégie énonce six objectifs assortis chacun de plusieurs sous-objectifs spécifiques. L'encadré ci-après présente justement les objectifs et sous-objectifs en question.

M^{me} Richardson a indiqué au Comité que la stratégie semblait porter fruit :

Le premier rapport d'étape relatif à la stratégie a été publié l'an dernier. Le rapport était encourageant en ce sens que le taux de suicide est à la baisse. Les données des deux dernières années montrent qu'il est au plus bas niveau jamais atteint. La moyenne sur trois ans pour 2000 à 2002 était le plus bas niveau par rapport au niveau de référence que nous avons établi en 1995. À l'heure actuelle, le taux est de 8,9 décès par 100 000 habitants. C'est un taux qui se compare assez favorablement avec le taux européen, qui s'élevait à 8,8 selon les dernières données, si je ne m'abuse

STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION DU SUICIDE EN ANGLETERRE

OBJECTIF 1 Réduire le risque chez les groupes à haut risque.

- Réduire le nombre de suicides chez les personnes qui sont ou ont été récemment en contact avec des services de santé mentale.
- Réduire le nombre de suicides dans l'année suivant une tentative délibérée d'automutilation.
- Réduire le nombre de suicides chez les jeunes hommes.
- Réduire le nombre de suicides chez les prisonniers.
- Réduire le nombre de suicides dans les groupes professionnels à haut risque.

OBJECTIF 2 : Promouvoir le bien-être mental au sein de la population en général.

- Promouvoir la santé mentale des exclus sociaux et des démunis.
- Promouvoir la santé mentale auprès des personnes appartenant aux minorités noires et ethniques, notamment auprès des femmes asiatiques.
- Promouvoir la santé mentale chez les personnes qui consomment des drogues ou de l'alcool à mauvais escient.
- Promouvoir la santé mentale chez les victimes et les ex-victimes de violence, notamment chez ceux et celles ayant subi des actes de violence sexuelle dans leur enfance.
- Promouvoir la santé mentale auprès des enfants et des adolescents (de moins de 18 ans).
- Promouvoir la santé mentale auprès des femmes pendant et après une grossesse.
- Promouvoir la santé mentale auprès des personnes âgées.
- Promouvoir la santé mentale chez les personnes endeuillées par un suicide.

OBJECTIF 3 Réduire l'accessibilité et la létalité des méthodes de suicide.

- Réduire le nombre de suicides par pendaison ou strangulation.
- Réduire le nombre de suicides par auto-empoisonnement.
- Réduire le nombre de suicides par inhalation de gaz d'échappement de véhicule.
- Réduire le nombre de suicides sur les voies ferrées.
- Réduire le nombre de suicides par des sauts dans le vide.
- Réduire le nombre de suicides par armes à feu.

OBJECTIF 4 Améliorer la façon dont les comportements suicidaires sont traités dans les médias.

- Faire la promotion d'une représentation responsable des comportements suicidaires dans les médias.

OBJECTIF 5 Promouvoir la recherche sur le suicide et la prévention du suicide.

- Améliorer les données de recherche sur la prévention du suicide.
- Diffuser les données actuelles sur la prévention du suicide.

OBJECTIF 6 Améliorer le suivi des progrès réalisés en fonction de l'objectif énoncé dans *Saving Lives: Our Healthier Nation* afin de réduire le nombre de suicides.

- Assurer un suivi des statistiques sur le suicide au regard des objectifs principaux et secondaires de la stratégie.
- Évaluer la stratégie nationale en matière de prévention du suicide.

3.5 PERSPECTIVES DE RÉFORME

Bien que les services de santé mentale en soient maintenant à mi-chemin du programme de dix ans décrit dans le cadre du National Service Framework (NSF), plusieurs interrogations demeurent quant à la possibilité de réaliser les ambitieux objectifs établis au début. Certaines questions restent sans réponse à propos des points faibles hérités du passé et des répercussions des changements déjà amorcés. Par exemple, en 2000 le Comité spécial des Communes sur la santé a dit du système qu'il était une « courtepoinTE en patchwork » comportant d'énormes variations en matière de normes de services et de méthodes de prestation de services dans l'ensemble du pays. En 2003, la Commission pour l'amélioration de la santé concluait que l'héritage historique de négligence des services de soin de santé n'avait toujours pas été surmonté.

Le débat a toujours cours relativement à l'orientation de la réforme et à la mise en œuvre de changements concrets au sein de l'organisation de même que la prestation de services. Des rapports récents font état de préoccupations concernant la priorité accordée à la santé mentale dans le système de santé et le recours au processus de commande pour les services

de santé mentale. Il semble que l'on insiste davantage sur le secteur des soins actifs, particulièrement en vue de parvenir à réduire les périodes d'attente et d'ouvrir les choix offerts aux patients, ce qui fait des objectifs en santé mentale du NSF et du SNS des points relativement mineurs dans la liste des priorités.

Le transfert du pouvoir de commander les services de santé mentale aux groupes de soins locaux, afin de récupérer tous les avantages associés à ce type de changement, continue de faire problème. Il a surtout été question de la dilution de l'expertise entre un grand nombre de centres de commande. Malgré les développements positifs constatés au sein de ces centres, plusieurs observateurs soutiennent qu'il reste encore beaucoup à faire en matière d'efficacité. Dans le domaine de la santé mentale, le processus de commande semble particulièrement irrégulier et sous-développé.

Dans un rapport récent, le Centre Sainsbury fait état d'un système soumis à des pressions diverses qui, collectivement, entraînent une remise en question de la capacité de donner suite au programme de réforme du gouvernement. Le rapport précise aussi que la situation financière de nombreux fournisseurs de soins de santé mentale est précaire. En conclusion, il y a des écarts importants entre les exigences pour la mise en oeuvre d'une politique nationale et la disponibilité des ressources pour y parvenir.

3.6 OBSERVATIONS DU COMITÉ

Les membres du Comité ont été très impressionnés par l'ampleur de la planification réalisée en Angleterre depuis l'adoption du Cadre national de services en matière de santé mentale, en 1999, surtout par la planification sur 10 ans et par l'adoption des normes précises destinées à encadrer la prestation des services.

Le Comité a également été frappé par le rôle important des équipes locales de mise en oeuvre créées pour appliquer le cadre en l'adaptant aux conditions locales de même que par les nouveaux groupes de soins primaires qui se veulent des fournisseurs locaux uniques de services de santé mentale. Dans le même ordre d'idée, le Comité a été impressionné par la décision de mettre sur pied une branche distincte chargée de la mise en oeuvre du cadre, l'Institut national de santé mentale (NIMHE), qui a pour tâche de contribuer à la formation, à la diffusion du savoir et à la propagation des pratiques exemplaires.

Le Comité n'a pas manqué de prendre note du défi énorme auquel le gouvernement est confronté en matière de financement et d'organisation de la réforme dans le secteur de la santé mentale. Nous avons aussi été impressionnés par tout le soin qui a été apporté en Angleterre à l'évaluation de réforme de la santé mentale, tant par les organismes gouvernementaux que par les organisations non gouvernementales.

On pourrait également conclure, d'après la récente expérience anglaise, que la pénurie de ressources humaines risque d'avoir de graves conséquences financières à court terme sur l'ensemble du réseau et de menacer l'aboutissement des plans de réforme. À cet égard, le Comité n'a pas manqué de remarquer que la formation des travailleurs en santé mentale, qui doivent contribuer à la prestation des services de soins primaires, est une initiative importante.

Enfin, le Comité a été impressionné par l'engagement soutenu à combattre la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes qui souffrent de troubles de santé mentale. C'est surtout l'ampleur des initiatives annoncées dans le rapport sur la santé mentale et l'exclusion sociale, en juin 2004 qui a retenu notre attention. L'expérience du Royaume-Uni nous montre aussi, malheureusement, qu'il n'est pas simple de changer les attitudes et qu'il faut, pour y parvenir, faire preuve de persévérance et déployer les ressources nécessaires. Le Comité a aussi remarqué que, récemment, la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide semblent avoir contribué à faire fléchir les taux de suicide en Angleterre.

CHAPITRE 4:

LES SOINS DE SANTE MENTALE AUX ÉTATS-UNIS¹⁷

4.1 HISTORIQUE ET APERÇU

Le système de soins de santé des États-Unis est unique en ce sens qu'il repose exclusivement sur le secteur privé, à la fois pour la prestation des services et pour la couverture des soins. Les sources privées, qui assument 55 p. 100 du financement des soins de santé, comprennent les assurances privées, les quote-parts des particuliers au chapitre des régimes publics et privés (17 p. 100) et d'autres sources (5 p. 100). La majorité des Américains sont assurés dans le cadre de régimes offerts par leurs employeurs.

Le gouvernement fédéral contribue à hauteur de 33 p. 100 environ aux dépenses totales de soins de santé, les gouvernements des États et les administrations locales assumant la différence (12 p. 100). L'administration et le bon fonctionnement de Medicare (régime d'assurance-maladie) sont assumés par le gouvernement national qui administre une assurance de soins de santé pour les personnes âgées. En collaboration avec les États, il finance Medicaid (pour les pauvres) ainsi que le State Children's Health Insurance Program (SCHIP), soit le programme d'État d'assurance-santé pour les enfants. Dans l'ensemble, le régime public d'assurance-santé couvre environ 24 p. 100 de la population américaine.

Medicare est un régime d'assurance-santé fédéral qui s'adresse aux 65 ans et plus, à certaines personnes de moins de 65 ans mais qui sont invalides de même qu'à des personnes atteintes de maladies rénales en phase terminale. Medicaid est un régime d'assurance-santé conjoint, gouvernement fédéral-États, fondé sur les moyens et qui est offert aux personnes à faible revenu. Le gouvernement fédéral assume de 50 à plus de 75 p. 100 de la note des différents États. Washington fixe également les lignes directrices nationales en matière d'admissibilité et de services de Medicaid. Toutefois, chaque État administre son propre programme et fixe les montants qu'ils assument pour chaque service. Tous les États sont tenus de respecter des critères minimums en matière d'admissibilité et de services obligatoires mais, dans le cadre d'une entente conclue avec le gouvernement fédéral, ils peuvent être plus généreux dans les niveaux d'admissibilité et les services offerts. Ce faisant, le programme Medicaid peut varier d'un État à l'autre.

¹⁷ À moins d'indication contraire, les renseignements contenus dans le présent chapitre proviennent des sources suivantes : *Mental Health: A Report of the Surgeon General* (1999), plus particulièrement le chapitre 6, « Organizing and Financing Mental Health Services »; département de la santé des services humains, *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action* (2001); The President's New Freedom Commission on Mental Health *Final Report* (juillet 2003) et *Interim Report* (octobre 2002); Tanner, Jane « Mental Illness Medication Debate, » *The CQ Researcher*, 6 février 2004, p. 109-118; Cunningham, Robert « The Mental Health Commission Tackles Fragmented Services: An Interview With Michael Hogan, » *Health Affairs*, Web Exclusive, 9 septembre 2003; Barry, Colleen L. et Jon R. Gabel, Richard G. Frank, Samantha Hawkins, Heidi H. Whitmore et Jeremy D. Pickreign « Design Of Mental Health Benefits: Still Unequal After All These Years, » *Health Affairs*, vol. 22, n° 5, septembre-octobre 2003, p. 127-37; Hogan, Michael F. « The President's New Freedom Commission: Recommendations to Transform Mental Health Care in America, » *Psychiatric Services*, vol. 54, n° 11, novembre 2003, p. 1467-1474; Mechanic, David et Scott Bilder, « Treatment Of People With Mental Illness: A Decade-Long Perspective, » *Health Affairs*, vol. 23, n° 4, juillet-août 2004.

4.1.1 La santé mentale

Pour reprendre le contenu d'un rapport récent de la President's New Freedom Commission on Mental Health (commission sur la santé mentale mise sur pied dans le cadre de l'initiative *Liberté nouvelle*), le système actuel de soins de santé mentale aux États-Unis est une relique faite d'éléments disparates qui nécessite une réforme dynamique parce qu'il *ne* dessert *pas* de façon appropriée les millions de personnes qui ont besoin de soins. Les analystes s'accordent à dire qu'il est difficile de décrire simplement le système américain de soins de santé mentale. En fait, dans son rapport, la Commission insiste sur le fait que le système de soins de santé mentale s'apparente davantage à un labyrinthe qu'à un système de soins coordonné.

Aux États-Unis, les troubles mentaux et les problèmes de santé mentale sont traités par tout un éventail de fournisseurs de soins qui travaillent dans divers établissements ou services – tant publics que privés – relativement indépendants et vaguement coordonnés que les chercheurs désignent collectivement sous le vocable de « système *de facto* des services en santé mentale ». Ces programmes existent dans tous les ordres de gouvernement et dans l'ensemble du secteur privé, et leur mission, leur cadre de réalisation de même que leur cadre financier varient de l'un à l'autre.

Chaque année, environ 15 p. 100 de la population adulte et 21 p. 100 des enfants et des adolescents aux États-Unis utilisent des services offerts dans le cadre du système *de facto*. On décrit généralement ce système comme un ensemble comportant quatre grandes composantes ou secteurs principaux :

- Le secteur des soins spécialisés de santé mentale regroupe les professionnels de la santé, comme les psychiatres, les psychologues, les infirmières psychiatriques et les travailleurs sociaux en psychiatrie qui ont reçu une formation spécialisée axée sur le traitement des personnes souffrant de troubles mentaux.
- Le secteur des soins médicaux généraux et des soins primaires regroupe les professionnels de la santé, comme les internistes généraux, les pédiatres et les infirmiers praticiens oeuvrant dans des cabinets, des cliniques, des hôpitaux de soins actifs et spécialisés en chirurgie et dans des maisons de soins infirmiers.
- Le secteur des services à la personne comprend les services sociaux, les services de counselling en milieu scolaire, les services de réadaptation en établissement, la réadaptation professionnelle, la justice pénale et les services en milieu carcéral, de même que les conseillers religieux professionnels.
- Le secteur du réseau de soutien bénévole, qui comprend les groupes d'entraide comme les programmes en 12 étapes et les pairs-conseillers, est une composante en croissance rapide du système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie.

Le système *de facto* des services en santé mentale se divise en outre entre secteur public et secteur privé. Dans ce contexte, le terme « secteur public » renvoie tant aux services fournis directement par des organismes gouvernementaux (comme les hôpitaux psychiatriques des États et des comtés) qu'aux services financés par des ressources gouvernementales (par ex., Medicaid et Medicare). Il arrive que des services financés par l'État soient fournis par des

organismes privés. Le terme « secteur privé » englobe les services fournis directement par des organismes privés et les services financés au moyen de ressources privées (comme les régimes d'assurance des employeurs).

La plupart des Américains (84 p. 100) sont assurés d'une façon ou d'une autre, le plus souvent par un régime privé offert par leurs employeurs. Cependant, l'efficacité de ce type d'assurance dans le cas des soins de santé mentale varie grandement d'un régime et d'un promoteur à l'autre. Le secteur public prend en charge les personnes qui n'ont pas d'assurance maladie, celles dont le régime d'assurance ne couvre pas les soins de santé mentale et celles qui ont atteint leur plafond d'indemnités dans le cadre de leur régime d'assurance santé.

Chaque secteur du système *de facto* réunit des programmes et des types de soins différents et utilise différents modes de financement. Selon la Commission présidentielle (ci-après *la Commission*), la fragmentation du système actuel n'est pas causée par le manque d'engagement ni de compétences des fournisseurs de soins mais découle plutôt de problèmes structureaux, financiers et organisationnels sous-jacents, dont les racines remontent aux années 50 lorsque les soins en établissement ont été abandonnés au profit des soins dans la communauté.

La désinstitutionnalisation, motivée par le désir des réformateurs d'assurer des services aux patients dans leur collectivité, a eu comme effet pervers de disperser la responsabilité entre les différents ordres de gouvernement et entre de multiples organismes. Le processus a débuté sous la présidence de Dwight D. Eisenhower, mais s'est accéléré lorsque le président John F. Kennedy a signé le Community Mental Health Centers Construction Act (loi sur la construction de centres communautaires de santé mentale) en 1963. Cette loi prévoyait la mise en place d'un mécanisme de financement pour les programmes locaux et avait comme objectif de réduire de moitié le nombre de malades internés dans les hôpitaux psychiatriques des États.

Cet objectif a été largement dépassé puisque, de nos jours, les hôpitaux n'ont plus que 40 000 lits pour malades mentaux, comparativement à quelque 550 000 en 1955. Malheureusement, la création des centres communautaires de santé mentale n'a pas donné les résultats escomptés. En effet, la moitié seulement des centres prévus ont été construits et le financement assuré par le fédéral n'a couvert que les sept premières années. En 1981, le programme des centres de santé mentale a été remplacé par une subvention globale pour la santé mentale.

En revanche, les collectivités n'ont pas accueilli les malades mentaux qui se sont retrouvés sur leur territoire et une petite partie seulement des économies réalisées grâce à la fermeture des hôpitaux d'État a pas été réinvestie dans des programmes communautaires. Darrel A. Regier, directeur de la recherche de l'American Psychiatric Association, a affirmé devant la Commission fédérale sur la santé mentale que les prisons et autres lieux de détention sont devenus les nouveaux établissements pour de nombreuses personnes souffrant de troubles mentaux graves, tandis que nombre d'autres malades ont été laissés à eux-mêmes et sont devenus des sans-abri.

À la même époque, M. William Emmet, coordonnateur de la campagne pour la réforme de la santé mentale aux États-Unis, déclarait à notre Comité :

À bien des égards, la désinstitutionnalisation a été une grande réussite. Bien des gens qui n'auraient pas dû se trouver en institution en sont partis et ont commencé à mener des vies productives — ou tout au moins à avoir des vies beaucoup plus intéressantes que celles qu'ils auraient menées en institution. Le problème qui s'est posé avec le temps, c'est que des gens qui autrefois auraient été placés en institution n'ont pas été nécessairement en mesure d'obtenir les services dont ils avaient besoin.

Pour sa part, Michael Hogan, président de la Commission sur la santé mentale, devait ajouter :

... aucun de ceux qui oeuvrent dans ce domaine n'oserait prétendre un seul instant que nous devrions faire machine arrière. Le système des institutions n'est pas parvenu à joindre la plupart des gens. Dans les cas où il y est arrivé, ces gens étaient gardés à grands frais et n'ont pas vu leur condition s'améliorer. Ils avaient trois repas chauds par jour, un lit et des soins de santé, mais ils n'ont jamais pu vraiment vivre. Nous ne pouvons pas revenir à cette situation mais nous n'avons pas encore réglé le problème qui consiste à créer un système de soins bien organisé et suffisamment solide pour faire du bon travail.

Les programmes Medicare et Medicaid ont été créés deux ans après le discours du président Kennedy. Au fil des ans, les États ont eu de plus en plus recouru à Medicaid pour les soins de santé mentale, ce qui a eu pour résultat que ce programme est devenu le plus important acheteur de soins de santé mentale aux États-Unis. Les critiques ont dit que les États avaient placé les soins de santé mentale sous l'ombre de Medicaid simplement parce que le gouvernement fédéral assume la moitié des frais sous la forme d'une contribution de contrepartie et paie jusqu'à 75 p. 100 des coûts dans les États les plus pauvres.

L'introduction de Medicaid a également contribué de trois façons au déclin des hôpitaux psychiatriques d'État. D'abord, Medicaid ne remboursait pas la plupart des soins offerts par ces établissements. Deuxièmement, ce régime ne payait pas pour les soins actifs dispensés dans les unités psychiatriques des hôpitaux généraux qui étaient devenus les emplacements de choix pour les traitements de courte durée. Enfin, Medicaid payait pour les soins dans les foyers d'accueil et une grande partie de l'abaisse de fréquentation des hôpitaux psychiatriques d'État est attribuable au transfert de patients âgés des hôpitaux d'État à des foyers.

Aux États-Unis, les soins de santé mentale se distinguent des autres soins de santé parce qu'ils sont offerts dans le cadre de systèmes administrés par l'État ou par le comté qui sont conçus spécialement pour une catégorie donnée de maladie. Le gouvernement fédéral paie maintenant pour la plupart des services dispensés aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave, tandis que les États et les municipalités se chargent de subvenir à leurs besoins. Cependant, la majeure partie des ressources fédérales sont regroupées dans des programmes réguliers (par ex., Medicaid, Medicare, réadaptation professionnelle, logement) qui ne sont pas nécessairement adaptés aux exigences précises des soins de santé mentale et qui sont, le plus souvent, administrés par différentes agences gouvernementales. Pour cette

raison, les consommateurs et les familles sont souvent obligés de se débattre pour obtenir les services voulus.

Qui plus est, comme la fourniture des services de soins de santé mentale est maintenant dévolue aux cinquante États et aux centaines de comtés et de collectivités locales, la disponibilité de ces services varie largement d'un endroit à l'autre. Dans une entrevue, Michael F. Hogan devait déclarer à cet égard : « Quand vous avez vu un État, eh bien, vous n'en avez vu qu'un seul ».

Dernièrement, d'importants changements ont également été apportés dans le secteur privé, notamment à la suite de la mise en place du régime de soins gérés en tant que principal moyen d'organisation de la couverture dans le cadre des régimes d'assurance privée, dans le courant des années 90.

4.2 COÛTS ET FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

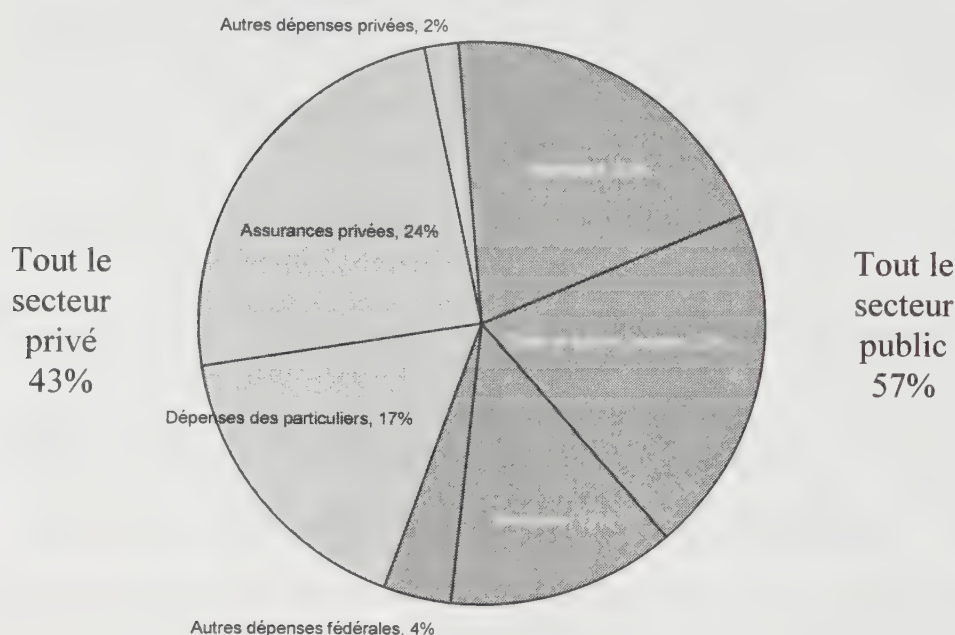
4.2.1 Les coûts de la maladie mentale aux États-Unis

La maladie mentale impose des coûts tant directs qu'indirects à l'économie. Ainsi, en 1990, l'économie américaine a subi une perte de près de 79 milliards de dollars à cause des *coûts indirects* de la maladie mentale (prise dans son ensemble). La plus grande partie de ce montant (63 milliards de dollars) reflète la perte de la productivité attribuable à la maladie. Cependant, les coûts indirects englobent également près de 12 milliards de dollars en frais liés à la mortalité (perte de productivité due au décès prématuré) et près de 4 milliards de dollars au titre de la perte de productivité dans le cas des détenus et des aidants naturels pour le temps que ces derniers consacrent aux soins à la famille.

En 1996, les États-Unis ont dépensé plus de 99 milliards de dollars pour le traitement *direct* des troubles mentaux de même que pour la toxicomanie, la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence. De ce montant, 69 milliards de dollars ont été consacrés au diagnostic et au traitement de la maladie mentale seule, soit 7 p. 100 de la totalité des dépenses en soins de santé cette année-là. Plus de 70 p. 100 des dépenses directes en santé mentale ont été affectées aux services de fournisseurs spécialisés tandis que le reste a été en majeure partie consacré aux fournisseurs de services médicaux généraux.

En 1997, dans l'ensemble, les sources publiques assumaient 57 p. 100 des dépenses en santé mentale tandis que les sources privées se chargeaient des 43 p. 100 restant (figure 1). Entre 1986 et 1996, les dépenses en santé mentale ont progressé à un rythme annuel moyen de plus de 7 p. 100, par rapport au taux global pour les soins de santé qui était, lui, supérieur à 8 p. 100. Selon le Directeur du Service de santé publique des États-Unis, cet écart est peut-être attribuable au fait que, pendant cette période, les méthodes de limitation des coûts des soins gérés ont été appliquées avec plus de rigueur dans le secteur des services de santé mentale. Les médicaments prescrits aux malades externes, soit environ 9 p. 100 de la totalité des coûts directs des services de santé mentale, sont au nombre des dépenses qui ont connu la hausse la plus rapide dans le secteur des services de santé mentale.

VENTILATION DES DÉPENSES PUBLIQUES ET PRIVÉES EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE, 1997



4.2.2 L'assurance santé mentale financée par l'État

Au cours des vingt dernières années, d'importants changements ont été apportés en matière d'attribution des responsabilités pour le paiement des coûts des soins de santé mentale aux États-Unis. Le rôle de chaque État dans le financement direct des soins de santé mentale a été réduit tandis que le financement des soins de santé mentale dans le cadre de Medicaid s'est relativement élargi. Cette situation est due en partie à l'aide financière importante que Washington consent aux États. Cependant, M. Emmet devait nous déclarer ce qui suit à ce sujet : « Medicaid est un programme d'assurance-maladie qui ne couvre cependant que [...] certains services approuvés et il dépend de contributions de contrepartie des États, que ces derniers ont de plus en plus de mal à verser en cette période de difficultés financières ». Cette réorientation a notamment comme conséquence que Medicaid assume maintenant la majeure partie des coûts des services de santé mentale aux États-Unis et que, de ce fait, il exerce une très grande influence sur la prestation des soins de santé mentale. Ces dernières années, les régimes d'assurance privés ont joué un rôle plus limité au chapitre du financement des services de santé mentale.

Le gouvernement fédéral offre une aide financière qui est spécialement destinée aux programmes de santé mentale. C'est notamment le cas du Community Mental Health Services Block Grant (programme de subventions globales aux services communautaires de santé mentale), financé par le Department of Health and Human Services (HHS) (ministère de la Santé et des Services sociaux), par le truchement de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (administration des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie), qui offre une aide financière aux 59 États et territoires. Au total, l'aide financière accordée dans le cadre de ce programme s'est chiffrée à quelques 433

millions de dollars en 2002, mais ce montant représente moins de 3 p. 100 des revenus de ces agences d'État.

En fait, les grands programmes fédéraux qui ne sont pas axés sur les soins de santé mentale jouent un rôle beaucoup plus important au chapitre du financement des services de santé mentale. Par exemple, par le seul truchement des programmes Medicare et Medicaid, le ministère de la Santé et des services sociaux dépense près de 24 milliards de dollars chaque année pour la fourniture de soins de santé mentale aux bénéficiaires (cette proportion n'inclut pas la part des États au chapitre de Medicaid). En outre, les deux plus importants programmes fédéraux d'aide aux personnes atteintes d'une maladie mentale ne sont pas des programmes de services de santé. Il s'agit du Supplemental Security Income (SSI) (supplément de revenu garanti) et de la Social Security Disability Insurance (SSDI) (assurance invalidité de la sécurité sociale) administrés par la Social Security Administration (administration américaine de la sécurité sociale).

La hausse vertigineuse des coûts, surtout dans le cas des médicaments prescrits, impose des pressions énormes tant sur les particuliers que sur les États. La National Association of State Budget Officers (association nationale des agents de budget des États) a annoncé qu'en 2002, 25 États ont dépensé davantage pour les services Medicaid qu'ils ne l'avaient prévu dans leur budget et que 28 États prévoyaient une insuffisance de ressources lorsque les données de 2003 ont été produites. Le gouvernement fédéral est intervenu de façon ponctuelle et a injecté des fonds supplémentaires dans les programmes Medicaid des États : 10 milliards de dollars en tout versés l'an dernier et cette année. Selon le Federal Center for Medicare and Medicaid Services (centre fédéral des services Medicare et Medicaid), entre 1990 et 2000, les coûts des prescriptions assumés par Medicaid ont quadruplé, passant de 5,1 milliards de dollars à 20,9 milliards de dollars.

4.2.3 L'assurance santé mentale privée

La plupart des Américains (84 p. 100) sont assurés d'une façon ou d'une autre – dans la majorité des cas, ils le sont par une assurance privée offerte par leur employeur. Cependant, en ce qui concerne les soins de santé mentale, la couverture consentie par ces assurances varie beaucoup d'un régime et d'un promoteur à l'autre.

4.2.3.1 Les éléments de base de l'assurance santé mentale

La couverture offerte pour les services de santé mentale a toujours été plus limitée que celle disponible pour les autres soins médicaux. En règle générale, les régimes de soins médicaux prévoient des quotes-parts plus élevées et limitent davantage le nombre autorisé de journées d'hospitalisation et de consultations externes pour les soins de santé mentale. Ils prévoient aussi une couverture limitée pour les services de santé mentale (sous la forme de plafonds financiers annuels et maximums à vie).

Ces dernières années, des dispositions législatives réglementant les assurances et des changements fondamentaux apportés dans la fourniture des services de santé mentale ont eu pour effet de modifier l'environnement dans lequel s'effectuent les achats et les ventes dans le domaine de l'assurance santé mentale. Les lois déposées au Congrès et dans de nombreux autres organes législatifs aux États-Unis, vise à réglementer la parité pour gommer les écarts

entre la couverture assurée pour les soins de santé mentale et celle prévue pour d'autres problèmes de santé. Toutefois, les efforts déployés jusqu'à présent pour parvenir à la parité n'ont pas tous abouti puisque le Congrès, par exemple, n'a pas encore adopté de loi dans ce sens.

Dans le même ordre d'idée, les soins gérés ont transformé la fourniture des services de santé mentale au cours des dix dernières années. De nos jours, il n'est pas rare que les employeurs et les administrateurs des régimes de soins de santé confient l'administration des indemnités pour maladie mentale à des organismes spécialisés de soins gérés de santé comportementale (MBHO). Ainsi, on fait appel à une expertise spécialisée pour la gestion de l'utilisation et pour l'orientation des soins afin d'assurer la prestation de traitements efficaces dans les réseaux de fournisseurs. On dit que la santé mentale est le seul secteur des soins de santé où les soins gérés ont effectivement permis de contrôler les coûts.

Selon un sondage récent, en 2002, 98 p. 100 des travailleurs américains ayant une assurance santé de l'employeur bénéficiaient d'une couverture pour des services de santé mentale. Quatre-vingt-seize pour cent des travailleurs assurés avaient une assurance hospitalisation pour des soins de santé mentale tandis que 98 p. 100 d'entre eux avaient une assurance pour des services de santé mentale en consultation externe. Entre 1991 et 2002, la proportion des travailleurs détenteurs d'une assurance santé à qui des indemnités pour cause de maladie mentale ont été offertes a, en fait, augmenté.

Cependant, bien que la plupart des travailleurs ayant une assurance santé générale se soient vu offrir une couverture pour des services de santé mentale en 2002, les entreprises ont continué de plafonner les indemnités consenties pour maladie mentale. Ces dernières années, l'administration fédérale et les États ont adopté des lois sur la parité dans le dessein de mettre un frein aux limites imposées par les assureurs. Malgré tout, à cause de lacunes dans les lois sur la parité édictées par le gouvernement fédéral et par les États, des différences persistent entre les indemnités pour cause de maladie mentale et les indemnités pour cause de maladie générale. Les données disponibles indiquent que 74 p. 100 des travailleurs assurés avaient droit à une consultation externe par an et que 64 p. 100 d'entre eux avaient droit à un jour d'hospitalisation par an. Bien que, par le passé, les administrateurs des régimes d'assurance santé se soient efforcés de limiter les coûts en exigeant que les souscripteurs versent une quote-part supérieure au point de service pour les soins de santé mentale que pour les autres services médicaux, un sondage récent révèle qu'en 2002, 22 p. 100 seulement des travailleurs assurés bénéficiaient d'une participation accrue au titre des indemnités pour cause de maladie mentale.

4.2.3.2 L'organisation de l'assurance santé mentale privée

Les soins gérés ont grandement modifié l'organisation et la fourniture des services de santé mentale. Comme nous venons de le voir, les entreprises sont de plus en plus nombreuses à confier l'administration des indemnités pour cause de maladies mentales à des sociétés spécialisées. Ces organisations ont recours à une expertise spécialisée pour établir des réseaux de fournisseurs, négocier des contrats à rabais en fonction du volume, établir des protocoles de traitement fondés sur les résultats et élaborer d'autres programmes d'encouragement pour la gestion de l'utilisation et des coûts.

Les organisations de soins de santé intégrés (HMO) ont été la première forme de soins gérés. Elles ont instauré la négociation de contrats portant sur la fourniture de l'ensemble des services médicaux dans le cadre d'un régime de coûts prépayés, calculés par tête. Aujourd'hui, il existe un certain nombre de types différents de soins gérés, par exemple les Preferred Provider Organizations (PPO) (organismes dispensateurs de services à tarifs préférentiels) [dans le cadre de programmes de soins gérés, des contrats sont conclus avec des réseaux de fournisseurs de services] et les programmes Point-of-Service (POS) (programmes au point de service), qui sont des programmes de soins gérés présentant des caractéristiques à la fois du paiement par capitation et du paiement à l'acte. En 1988, l'assurance fondée sur le paiement à l'acte était encore la principale méthode utilisée dans le secteur des soins de santé mais, de nos jours, la majorité des Américains sont couverts par des ententes concernant les soins gérés (programmes des HMO, des PPO ou des POS).

Dans le cadre des programmes de soins gérés de santé comportementale dits « sur mesure », certains éléments du risque assuré – défini par service ou par maladie – sont séparés du risque assuré global et couverts dans le cadre d'un contrat distinct conclu entre le payeur (l'assureur ou l'employeur) et le fournisseur retenu. D'après les données, le tiers environ des détenteurs d'une assurance santé de l'employeur se seraient vu offrir une assurance santé mentale dans le cadre de tels contrats sur mesure. Il est établi que la formule des soins gérés permet de réduire les coûts des services de santé mentale, mais on commence tout juste à étudier dans quelle mesure les techniques de réduction des coûts de soins gérés influent sur l'accès et sur la qualité des services.

D'aucuns craignent en effet que les stratégies restrictives visant à endiguer les coûts, associées aux diverses mesures destinées à inciter les fournisseurs et les établissements à réduire le nombre de patients aiguillés vers des spécialistes, le nombre d'admissions en milieu hospitalier ainsi que la durée ou l'importance des traitements dispensés, ne contribuent à une dégradation de l'accès à des soins de qualité. L'autorisation préalable est une autre caractéristique organisationnelle des soins gérés de santé comportementale. Certes, si elle peut avoir pour résultat d'inciter les omnipraticiens à appliquer des protocoles fondés sur l'expérience clinique, l'autorisation préalable risque aussi d'influer sur le niveau d'utilisation. Suivant les règles d'autorisation préalable, les médecins doivent obtenir l'autorisation des responsables de l'assurance santé ou du fournisseur du contrat sur mesure avant de prescrire un traitement. En 2002, la moitié des travailleurs assurés étaient tenus d'obtenir une autorisation avant d'utiliser des services spécialisés de santé mentale en consultation externe.

En outre, malgré la hausse des soins gérés et des programmes de soins de santé comportementale sur mesure, les employés continuent d'assumer eux-mêmes une part des coûts des services de santé mentale qui plus élevée que pour toute autre maladie. La seule indemnité pour cause de maladie mentale qui demeure sur le même pied que l'assurance médicale générale est la couverture pour les médicaments prescrits (bien que cela soit peut-être dû au fait que les médicaments psychotropes font désormais partie de l'ensemble des avantages sociaux de Medicaid et qu'ils ne sont pas visés par les contrats sur mesure). Les médicaments psychotropes prescrits dans les services de consultations externes représentent le coût qui connaît la croissance la plus rapide dans le secteur des soins de santé mentale. D'après une étude récente, le coût des médicaments prescrits a augmenté, passant de 22 p. 100 des dépenses totales pour les soins de santé mentale en 1992 à 48 p. 100 en 1999 chez les détenteurs d'une assurance santé de l'employeur.

En résumé, le plafonnement des restrictions aux indemnités combinée à des techniques solides de soins gérés pour le contrôle de l'utilisation ont contribué à réduire la croissance des dépenses en santé mentale comparativement à l'ensemble des dépenses en santé; cependant, ces mesures pourraient également causer des problèmes sur le plan de l'accès. À cet égard, M. Hogan nous a fait remarquer ce qui suit :

Les soins gérés, s'ils sont financés de façon adéquate et bien pratiqués, semblent être la meilleure approche. Le problème est que souvent, aux États-Unis, ils ne sont pas financés de façon adéquate, et si l'on s'y prend mal, cela devient un désastre.

4.3 ORGANISATION ET FOURNITURE DES SERVICES

Comme nous l'avons vu, dans son dernier rapport, la Commission sur la santé mentale a conclu que le système de fourniture des services de santé mentale aux États-Unis a besoin d'une sérieuse réforme. De nombreux consommateurs reçoivent des traitements et des services efficaces, mais ce n'est pas le cas pour tous et beaucoup font face à un système dans lequel les services disponibles sont fragmentés, assujettis à des règles et à des règlements financiers complexes et restreints par des lourdeurs bureaucratiques. M. Hogan devait d'ailleurs nous affirmer à cet égard :

Paradoxalement, il existe beaucoup plus de services maintenant qu'il y a une dizaine d'années, et ceux qui ont la bonne fortune d'y recourir s'en portent bien. Cependant, la multiplication de tous ces services fait que les choses se sont beaucoup compliquées à l'échelle communautaire, si bien que les familles ne savent pas à qui s'adresser quand un problème surgit. C'est l'inconvénient de la fragmentation.

Le rapport de la Commission présidentielle laisse entendre que bon nombre de ces problèmes sont attribuables à la stratification de programmes multiples bien intentionnés mais sans aucune orientation, coordination, ni harmonisation globale. À cause de cette situation, les consommateurs se sentent souvent dépassés et déroutés lorsqu'ils doivent obtenir et intégrer des soins de santé mentale, des services de soutien et des prestations d'invalidité par le truchement des multiples programmes distincts qui sont offerts par divers organismes – qui fédéraux, qui des États et qui locaux – de même que par le secteur privé. Des rapports récents reconnaissent que les lacunes du système ont des conséquences tant inutiles que coûteuses, par exemple l'invalidité, l'itinérance, l'échec scolaire et l'incarcération. M. Hogan a décrit ainsi la situation :

Nous en sommes ainsi arrivés à une mosaïque de programmes où les soins de santé mentale relèvent d'une multitude d'organismes fédéraux différents. Ces organismes exercent généralement leur activité en collaboration avec l'organisme étatique correspondant. [...] Il existe donc des structures et des systèmes différents au niveau étatique et au niveau local qui assurent la prestation des soins, de sorte que les malades mentaux et leurs familles doivent essayer de s'y retrouver dans ce qui est

devenu un véritable dédale de programmes, et ce, alors qu'ils sont généralement plus vulnérables.

Nombreux sont ceux qui reçoivent de bons soins et qui parviennent à se rétablir mais, dans les faits, selon le rapport de la Commission présidentielle,¹⁸ aux États-Unis, environ une personne sur deux ayant besoin d'un traitement pour un problème de santé mentale ne le reçoit pas. En outre, il peut arriver que la personne qui parvient à accéder à des soins constate que de nombreux traitements et services ne sont tout simplement pas disponibles, notamment en milieu rural. Aussi, il peut arriver que la qualité des soins laisse à désirer. Il arrive parfois qu'un diagnostic ne soit pas établi comme il le devrait, que la médication soit mal dosée ou que la durée du traitement soit trop brève. Dans le cas des minorités ethniques et raciales, le taux de traitement est encore plus bas que dans la population générale et la qualité des soins est moindre.

D'un autre côté, un article récent soulignait que l'accès aux services aux États-Unis est en voie d'amélioration dans certains domaines, surtout pour les personnes souffrant de maladies mentales graves (MMG). Selon les auteurs David Mechanic et Scott Bilder :

La bonne nouvelle c'est que – contrairement au genre d'hypothèse que l'on pose fréquemment dans le milieu de la santé mentale – l'accès aux soins pour les personnes souffrant de MMG s'est amélioré, et tout indique que la situation s'est encore améliorée tout récemment, entre 1997 et 2001. Les personnes souffrant de MMG étaient plus susceptibles en 2001 qu'en 1997 de recevoir des services spécialisés en santé mentale, mais celles souffrant d'autres maladies mentales ou n'étant pas atteintes de telles maladies avaient plus difficilement accès à ces services. Comme les deux derniers groupes sont plus importants que celui des personnes souffrant de MMG, le fléchissement constaté au niveau agrégé pourrait contribuer à entretenir la perception que les services sont moins accessibles.

Les deux auteurs font par ailleurs remarquer ce qui suit :

En outre, le nombre de fournisseurs de soins de santé mentale a considérablement augmenté. Bien que celui des professionnels traditionnels, comme les psychiatres et les infirmiers en psychiatrie n'aient connu qu'une augmentation modeste, force est de constater que les augmentations ont été importantes surtout dans le secteur de la psychologie et du travail social et que l'augmentation a même été très forte du côté du counselling et de la réadaptation psychosociale. L'effectif des professionnels s'occupant des patients (exprimé en équivalents temps plein) dans les organismes de santé mentale est passé de 347 000 en 1986 à 532 000 en 1998.

¹⁸ Interim Report, p. 3.

4.3.1 Les soins généraux et primaires

Le secteur des soins médicaux généraux et des soins primaires regroupe les professionnels de la santé, par exemple les internistes généraux, les pédiatres et les infirmiers praticiens travaillant dans des cabinets, des cliniques, des hôpitaux de soins actifs et spécialisés en chirurgie et dans des maisons de soins infirmiers. Plus de 6 p. 100 de la population adulte aux États-Unis a recours au secteur des soins médicaux généraux pour obtenir des soins de santé mentale, ce qui donne une moyenne d'environ 4 consultations par an. Depuis longtemps, le secteur des soins médicaux généraux est considéré comme le premier point de contact pour de nombreux adultes atteints de troubles mentaux et environ la moitié des soins fournis pour des troubles mentaux courants sont prodigués dans des établissements de médecine générale. En fait, les fournisseurs de soins primaires prescrivent la majeure partie des médicaments psychotropes administrés tant chez les enfants que chez les adultes.

Les fournisseurs de soins primaires semblent en mesure de jouer un rôle fondamental pour le traitement des maladies mentales mais, d'après des rapports récents, des problèmes persistent sur les plans du dépistage, du traitement et de l'aiguillage. Malgré leur prévalence, il n'est pas rare que les troubles mentaux ne soient pas diagnostiqués ou qu'ils soient mal ou pas traités dans le secteur des soins primaires. Bien que le nombre de cas signalés soit en hausse, le nombre de diagnostics posés dans les services de soins primaires demeure faible et il n'est pas rare que ces services n'orientent pas les patients vers le secteur du traitement spécialisé en santé mentale.

4.3.2 Les soins spécialisés

Le secteur des soins spécialisés en santé mentale regroupe les professionnels de la santé mentale, par exemple les psychiatres, les psychologues, les infirmières psychiatriques et les travailleurs sociaux en psychiatrie qui ont reçu une formation spécialisée pour le traitement des personnes atteintes de troubles mentaux. À l'heure actuelle, les traitements spécialisés sont en grande partie fournis dans des services de consultations externes, comme des cabinets privés, ou dans des cliniques privées ou publiques. La majeure partie des soins actifs dispensés en milieu hospitalier est actuellement fournie dans des unités psychiatriques spéciales à l'intérieur des hôpitaux généraux ou dans des lits répartis dans les différentes unités des hôpitaux généraux. À cela s'ajoutent les soins intensifs fournis dans les hôpitaux psychiatriques privés et les centres privés de traitement en établissement pour les enfants et les adolescents. Les installations publiques comprennent les hôpitaux psychiatriques des États et des comtés de même que des établissements de santé mentale polyvalents qui, souvent, coordonnent un large éventail de services de consultations externes, de gestion intensive des cas, d'hospitalisation à temps partiel et de services aux hospitalisés. Dans l'ensemble, un peu moins de 6 p. 100 de la population adulte et environ 8 p. 100 des enfants et des adolescents (de 9 à 17 ans) utilisent des services spécialisés de santé mentale au cours d'une année.

4.3.3 Les services à la personne

Le secteur des services à la personne comprend les services sociaux, les services de counselling en milieu scolaire, les services de réadaptation en établissement, la réadaptation professionnelle, la justice pénale et les services en milieu carcéral ainsi que les conseillers

professionnels religieux. Au début des années 80, environ 3 p. 100 des adultes américains ont utilisé les services de santé mentale offerts dans ce secteur.

4.3.3.1 L'emploi

Le taux d'emploi des personnes atteintes de maladie mentale est l'un des plus faibles parmi ceux et celles qui sont atteints d'incapacité aux États-Unis – seule une personne sur trois environ ayant un emploi. Le chômage demeure élevé malgré les sondages qui révèlent que la majorité des adultes souffrant de maladies mentales graves veulent travailler et que beaucoup de malades pourraient travailler s'ils recevaient une aide. Malheureusement, selon les rapports récents, la plupart des personnes atteintes de maladies mentales graves ne reçoivent absolument aucun service de réadaptation professionnelle.

Nombreuses sont les personnes souffrant de maladies mentales graves qui continuent de compter sur l'aide financière du gouvernement fédéral afin de conserver leur couverture pour soins de santé, même si elles désirent grandement avoir un emploi. Elles font face à un facteur dissuasif d'ordre financier, car si elles occupent un emploi à temps complet, elles n'ont plus droit aux prestations fédérales. Étant donné que la plupart des emplois auxquels ces personnes ont accès n'offrent pas de couverture pour les soins de santé mentale (d'après une vaste étude portant sur 8 États, seulement 8 p. 100 des personnes atteintes de maladie mentale ayant réussi à retourner à temps complet sur le marché du travail bénéficiaient d'une assurance santé mentale), elles doivent choisir entre l'emploi et la couverture. En conséquence, ces personnes dépendent de leur rente d'invalidité et de Medicaid (ou Medicare) mais elles préféreraient travailler et être autonomes. En fait, elles composent la cohorte la plus importante – 35 p. 100 – des bénéficiaires des prestations d'aide au revenu versées par le gouvernement fédéral par le truchement du programme de sécurité sociale pour les personnes invalides, le Supplemental Security Income (SSI) (supplément de revenu garanti). À cet égard, M. Hogan devait préciser au Comité :

Quelle est la plus grosse dépense liée à la maladie mentale chez nous? Ce sont les paiements d'invalidité versés aux gens devenus invalides du fait de la maladie mentale. Nous leur envoyons un chèque chaque mois — pas assez pour vivre décemment. Cela revient à leur dire qu'ils doivent rester invalides pour bénéficier de ce chèque, ce qui est une situation terrible. Si nous leur donnions de meilleurs soins et si nous les aidions à trouver un travail — pas nécessairement un travail à plein temps, à raison de 40 heures par semaine — chacun s'en porterait beaucoup mieux.

4.3.3.2 Le logement

Le manque de logements intégrés décents, sécuritaires et abordables est l'un des plus importants obstacles à la pleine participation à la vie communautaire qui se pose aux personnes souffrant de maladies mentales graves. Actuellement, des millions de personnes aux États-Unis atteintes de maladies mentales graves ne disposent pas d'un logement répondant à leurs besoins. À cause de la pénurie de logements abordables et de services de soutien connexes, les personnes souffrant de maladies mentales graves font la navette entre

les prisons, les établissements, les abris et la rue, elles restent plus longtemps que nécessaire en établissement ou elles demeurent dans des logements dangereusement insalubres. Les personnes souffrant de maladies mentales graves forment également une grande proportion des sans-abri à répétition ou de longue durée.

Sur plus de deux millions d'adultes américains qui ont été sans-abri pendant un temps au cours d'une année donnée, 46 p. 100 ont fait état d'un problème de santé mentale dans les douze mois ayant précédé leur itinérance. Une étude récente montre que les personnes qui comptent uniquement sur les prestations du programme SSI – ce qui est le cas de nombreuses personnes souffrant de maladies mentales graves – ont un revenu égal à seulement 18 p. 100 du revenu médian et qu'elles n'ont pas les moyens d'avoir un logement décent dans un des 2 703 marchés du logement définis par le U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD) (ministère de l'Habitation et du Développement urbain).

Aux termes des politiques fédérales en matière de logement social, il peut être difficile pour des personnes ayant de mauvais antécédents de locataire, des problèmes de toxicomanie et des casiers judiciaires – autant de problèmes courants chez de nombreuses personnes atteintes de maladies mentales graves – de satisfaire aux exigences pour l'obtention d'une aide au logement ou d'unités de logement social.

4.3.3.3 Les services aux personnes incarcérées

Environ 7 p. 100 de tous les détenus aux États-Unis sont atteints d'une maladie mentale grave et la proportion des détenus souffrant de formes graves est encore beaucoup plus élevée. Aux États-Unis, les personnes atteintes de maladies mentales graves qui ont maille à partir avec le système de justice pénale sont souvent :

- pauvres
- sans assurance
- membres de groupes minoritaires en nombre disproportionné
- sans abri
- toxicomanes et en même temps atteintes de troubles mentaux.

Il est probable que ces personnes demeureront dans le cycle sempiternel du système de santé mentale, de la toxicomanie et de la justice pénale.

Il est fréquent que les personnes atteintes de maladies mentales ne reçoivent pas de services appropriés à leur cas après leur incarcération. Nombre d'entre elles perdent leurs droits à l'aide au revenu et aux prestations d'assurance santé dont elles ont besoin pour réintégrer la société après leur mise en liberté.

4.3.3.4 L'accès aux services en milieu rural

Pour de nombreux Américains souffrant de maladies mentales, qui vivent en milieu rural et dans les autres régions éloignées, l'accès aux soins est difficile, la disponibilité de fournisseurs de soins compétents est insuffisante, le revenu familial est faible et un stigmate social plus grand frappe les personnes qui doivent être traitées pour un problème de santé mentale,

comparativement à leurs homologues vivant en milieu urbain. En conséquence, les personnes ayant des besoins en santé mentale et résidant en milieu rural aux États-Unis :

- entament le processus de soins plus tard que leurs homologues urbains, une fois la maladie déjà bien installée;
- entament le processus de soins alors que les symptômes se sont aggravés, sont plus persistants et plus handicapants;
- nécessitent un traitement plus coûteux et intensif.

S'ajoute au problème de la disponibilité et de l'accès le fait que les Américains vivant en milieu rural ont un revenu familial inférieur et sont moins susceptibles d'avoir une assurance santé privée couvrant les soins de santé mentale que leurs homologues en milieu urbain. En outre, si la plupart des grandes villes où se trouvent des facultés de médecine regorgent de psychiatres, c'est loin d'être le cas dans les petites villes où ils sont en nombre insuffisant et pire encore en milieu rural où il n'y en a généralement pas.

4.3.3.5 Les services aux minorités

Des rapports récents indiquent que le système de santé mentale aux États-Unis ne suit pas le rythme des divers besoins des minorités raciales et ethniques et que, le plus souvent, il répond de façon insuffisante ou inappropriée aux besoins de cette clientèle. Par exemple, chez les Afro-américains, la schizophrénie est souvent sur-diagnostiquée tandis que la dépression est fréquemment sous-diagnostiquée. En règle générale, les rapports indiquent que, dans le cadre du système, on ne respecte pas ou l'on ne comprend pas les antécédents, les traditions, les croyances, les langues ni les systèmes de valeurs des groupes différents sur le plan culturel. L'incompréhension et la mauvaise interprétation des comportements ont eu des conséquences tragiques, y compris le fait que des membres des minorités ont été placés, à tort, entre les mains des systèmes de justice pénale ou du système judiciaire pour les jeunes. À ce sujet, voici ce que M. Emmet a indiqué au Comité :

Aux États-Unis, on constate que certaines communautés — les Afro-américains et les Latino-américains — font rarement appel aux systèmes de soins de santé quand il s'agit de maladies mentales. La stigmatisation y est pour beaucoup. Toutefois, on sait aussi qu'ils s'adressent aux églises et à d'autres organismes communautaires pour essayer de faire face à leurs problèmes.

En conséquence, les Amérindiens, les autochtones de l'Alaska, les Afro-américains, les Américains d'origine asiatique, les insulaires du Pacifique et les Hispano-américains tendent à porter un fardeau excessivement lourd, par rapport aux autres groupes, pour ce qui est de l'incapacité due aux troubles mentaux. On ne saurait attribuer cette situation à la prévalence accrue ou à la gravité des maladies dans ces populations. Selon des rapports récents, le problème serait plutôt dû au manque de soins fournis à ces personnes et à la piètre qualité des soins offerts.

4.3.3.6 Les services aux enfants

Aux États-Unis, près de 21 p. 100 des enfants et des adolescents (de 9 à 17 ans) montrent des signes de détresse ou d'incapacité associés à un diagnostic précis et une invalidité minimale par rapport à une échelle d'évaluation globale. Presque la moitié de ce groupe (près de 10 p. 100 des enfants et des adolescents) a reçu un traitement dans un ou plusieurs secteurs du système de services de santé mentale *de facto*, le reste (plus de 11 p. 100 de la population) n'a reçu aucun traitement dans aucun des secteurs du système de soins de santé. Ainsi, la majorité des enfants et des adolescents atteints de troubles mentaux aux États-Unis ne reçoivent aucun soin. Toutefois, Mechanic et Bilder soulignent que, d'après les données disponibles, les enfants souffrant de problèmes de santé mentale reçoivent plus d'attention que par le passé. Ils citent plus particulièrement l'analyse de Sherry Glied et Alison Evans Cuellar des Enquêtes nationales de 1987 et de 1998 sur les dépenses médicales, analyse selon laquelle le nombre d'enfants traités pour de tels troubles a augmenté de 60 p. 100.

En outre, le General Accounting Office (GAO) (Bureau de comptabilité générale) a récemment publié un rapport mettant en exergue l'une des graves conséquences de l'état des services de santé mentale pour les enfants et les adolescents aux États-Unis. Il semble que des milliers de parents sont obligés de confier leurs enfants, année après année, à des organismes de protection de la jeunesse ou du système judiciaire pour jeunes afin qu'ils puissent obtenir les services de santé mentale dont ils ont besoin. Les parents qui ont épuisé leurs économies et leurs indemnités d'assurance santé doivent prendre une décision déchirante : renoncer à leurs droits de parents et briser leur famille afin que leurs enfants perturbés reçoivent des soins en santé mentale. D'après les estimations du rapport du GAO, en 2001, plus de 12 700 enfants ont dû être confiés – par leurs parents – à des organismes de protection de la jeunesse ou au système de justice pour jeunes, en dernier recours pour que ces enfants reçoivent les soins de santé mentale dont ils avaient besoin. Selon la Commission sur la santé mentale, ces chiffres sont probablement inférieurs à la réalité parce que 32 États, y compris les cinq États les plus grands, n'ont pu fournir de données sur le nombre d'enfants touchés.

D'après le rapport du GAO, plusieurs facteurs contribuent à la décision d'« échanger la garde contre des services », y compris :

- les restrictions des assurances santé publiques et privées;
- l'offre insuffisante de services de santé mentale;
- la disponibilité restreinte de services par le truchement des organismes de santé mentale et des écoles;
- les difficultés à satisfaire aux critères d'admissibilité aux services.

Ainsi, à cause du manque d'accès aux soins en santé mentale, des milliers de parents doivent abandonner la garde de leurs enfants atteints de troubles mentaux graves aux organismes d'aide sociale à l'enfance et aux centres de détention des jeunes seulement pour obtenir un traitement.

4.4 PROMOTION ET PRÉVENTION

Plusieurs projets ont été lancés aux États-Unis au titre de la promotion de la santé mentale et de la prévention de la maladie mentale, de l'abus de substances et de la toxicomanie. Ainsi, le Comité a appris que la National Association of State Mental Health Program Directors (Association nationale des directeurs de programme de santé mentale dans les États) est en train d'approuver un document de position réclamant l'adoption de politiques et de pratiques en matière de :

- promotion de comportements propices à une bonne santé mentale;
- détection des problèmes de santé mentale et d'interventions les plus précoces possibles;
- réduction de l'incidence des maladies mentales et du suicide;
- prévention de l'incapacité due à la maladie mentale et aux états de co-morbidité;
- prévention des états couramment associés à la maladie mentale, notamment les autres maladies, la consommation abusive de substances et les traumatismes.

Afin de mieux illustrer les efforts réellement entrepris dans ce domaine, nous allons à présent nous attarder sur la stratégie nationale de prévention du suicide.

4.4.1 La stratégie nationale de prévention du suicide

La National Strategy for Suicide Prevention (Stratégie nationale de prévention du suicide ou SNPS) est le résultat d'une série d'initiatives entreprises par des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux à la fin des années 90. Au début 2000, le secrétaire à la Santé et aux services sociaux a mis sur pied un groupe directeur au niveau fédéral, chargé de lancer la stratégie nationale en question.

Celle-ci poursuit les objectifs généraux suivants :

- Prévenir les morts prématurées dues au suicide à tous les âges.
- Réduire les taux d'autres comportements suicidaires.
- Réduire les effets délétères associés aux comportements suicidaires et les traumatismes qu'occasionne le suicide chez les membres de la famille et les amis.
- Cultiver les occasions et les lieux susceptibles d'améliorer le ressort psychologique, la débrouillardise, le respect et le sens de l'interdépendance pour les suicidaires, leurs familles et leur milieu.

Le document intitulé *Goals and Objectives for Action* (Objectifs d'action), publié en 2001, était destiné à présenter un ensemble d'objectifs principaux et secondaires et à proposer une feuille de route pour l'action. Celui-ci présente donc 11 objectifs principaux et 68 objectifs secondaires pour cette dimension de la stratégie nationale. Dans la prochaine phase de la SNPS, un ensemble d'activités sera élaboré pour chaque objectif secondaire.

Les objectifs principaux de la stratégie se présentent sous la forme d'énoncés généraux, de niveau supérieur, destinés à orienter la planification sur les différents thèmes abordés, en fonction du résultat visé. Les objectifs secondaires de la stratégie précisent les objectifs principaux en indiquant qui doit faire quoi, quand et où pour parvenir à l'objectif principal. Enfin, les activités précisent la façon dont les objectifs secondaires seront réalisés

Les onze objectifs principaux de la stratégie sont les suivants :

- Promouvoir l'idée que le suicide est un problème de santé publique pouvant être évité.
- Élaborer des moyens de soutien à la prévention du suicide qui reposent sur une assise large.
- Élaborer et mettre en œuvre des stratégies destinées à réduire la stigmatisation associée au fait que l'on fréquente les services de santé mentale, de traitement des toxicomanies ou de prévention du suicide.
- Élaborer et mettre en œuvre des programmes communautaires de prévention du suicide.
- Promouvoir les efforts déployés en vue de rendre plus complexe l'accès aux méthodes et moyens d'automutilation létaux.
- Organiser une formation axée sur la détection des comportements à risque et sur la prestation de traitements efficaces.
- Élaborer et promouvoir l'adoption de pratiques cliniques et professionnelles efficaces.
- Améliorer l'accès aux services de lutte contre l'abus de substances et aux services de santé mentale, et favoriser les liens au niveau communautaire.
- Améliorer la façon dont le comportement suicidaire, la maladie mentale et l'abus de substances sont présentés dans les médias de divertissement et d'information, et améliorer la façon dont les médias traitent de ces aspects.
- Promouvoir et financer la recherche sur le suicide et la prévention du suicide.
- Améliorer et étendre les systèmes de surveillance.

La stratégie nationale se veut un modèle que les États, les collectivités et les tribus souhaitant se doter de leur propre plan de prévention du suicide pourront appliquer ou modifier. Ainsi, la stratégie nationale proposerait un cadre d'action national, mais serait aussi un moyen d'aider les groupes locaux à faire en sorte que la prévention du suicide soit davantage prioritaire.

L'importante étape suivante envisagée dans le cadre de la stratégie nationale est la création d'une structure d'administration ou d'un organisme de coordination qui chapeautera l'ensemble des activités de prévention et fournira un mécanisme de mobilisation de la population. *Goals and Objectives for Action* donne une idée de ce à quoi pourrait ressembler cet organisme, produit d'un partenariat secteur public-secteur privé. Celui-ci pourrait se charger

de formuler un programme d'action, même si l'on se rend bien compte que, pour accélérer les choses, il faudra peut-être mener de front la mise sur pied de cet organisme et la préparation du programme d'action.

4.5 PERSPECTIVES DE RÉFORME

La President's New Freedom Commission sur la santé mentale, première commission présidentielle chargée de ce sujet en 25 ans, a publié son rapport final en juillet 2003. La création de la Commission a été annoncée par la Maison blanche en février 2001 dans le cadre d'un vaste plan d'action sur les handicaps multiples baptisée New Freedom Initiative. Cette initiative comportait dix propositions visant à abattre les barrières auxquelles se heurtent aujourd'hui les Américains ayant une déficience.

Étant donné que la présidence s'attarde rarement sur la santé mentale, la Commission s'est fixé comme objectif de galvaniser le changement à tous les niveaux et pas seulement au sein du gouvernement fédéral. Tirant profit de l'expérience de commissions passées, la New Freedom Commission s'est fixé pour but de favoriser le progrès par des changements échelonnés et progressifs au sein des grands programmes fédéraux comme Medicaid, Medicare et la sécurité sociale, plutôt que de viser des mesures de réforme chocs ou un soutien accru à divers programmes de santé mentale. Voici en quels termes M. Hogan nous a décrit la stratégie qui sous-tend ce rapport :

Ce que notre commission a fini par proposer reposait sur l'idée qu'il fallait essayer de contourner la notion de réforme ou de restructuration. Nous avons l'impression que la réforme était à l'origine du fouillis actuel et qu'il nous fallait trouver un nouveau concept ou un nouveau terme. Nous avons fini par opter pour le concept de transformation, qui nous a galvanisés. Nous ne savons pas exactement ce que cela veut dire, mais nous pensons que la transformation exige des mesures différentes à bien des niveaux différents. Le problème n'est pas que fédéral, et il ne faut donc pas compter que la sagesse va surgir de la capitale nationale et se répandre à l'échelle locale où les gens devront s'y adapter. Il faut aussi des mesures à l'échelle locale, et il faut des mesures de grande envergure et de moindre envergure, les mesures d'une portée très vaste et irréalisables ne suffisant pas. Ainsi, cela peut paraître mineur comme changement que de créer un contexte dans lequel les patients à titre individuel et leurs familles peuvent davantage décider eux-mêmes de leur traitement, mais ce changement pourrait avoir un effet beaucoup plus important, voire révolutionnaire, que des changements de plus grande envergure. Nous proposons l'idée d'une vision nationale des soins de santé mentale et l'établissement d'objectifs nationaux, qui serviraient, nous l'espérons, à motiver et à organiser les gens ...

En plus de son rapport provisoire (octobre 2002) et de son rapport final, la Commission a produit une série de rapports détaillés sur certains aspects des soins de santé mentale. Ces

rapports seront publiés ultérieurement en tant que documents de travail dans l'espoir que cela facilitera l'élaboration d'un programme d'action utile pour l'avenir.

Le rapport provisoire relève cinq obstacles majeurs aux soins :

- la fragmentation et les lacunes dans les soins aux enfants;
- la fragmentation et les lacunes dans les soins aux adultes souffrant de différentes maladies mentales;
- les taux élevés de chômage et d'incapacité chez les personnes souffrant de graves maladies mentales;
- le manque de soins aux personnes âgées souffrant de maladies mentales;
- l'absence de priorité nationale en santé mentale et prévention du suicide.

Toutefois, l'aspect du rapport provisoire qui semble avoir le plus attiré l'attention est la déclaration de la Commission selon laquelle le système est dans un état pitoyable. Certains estimaient que c'était aller trop loin, mais la Commission a maintenu son constat d'échec du système et pavé la voie à des recommandations bien senties que son rapport final allait contenir.

Le rapport final se caractérise par l'accent mis sur le rétablissement. M. Hogan a raconté que la Commission s'est inspirée d'une remarque de l'ex-première dame des États-Unis, Rosalynn Carter, pour adopter cette orientation :

M^{me} Carter nous a dit que nous avons un avantage dans notre réflexion qui n'existait pas il y a une génération. Le changement le plus important qui soit survenu, c'est que nous savons maintenant que le rétablissement est une possibilité pour n'importe quelle personne qui a une maladie mentale.

Le rétablissement est considéré par la Commission comme un processus d'adaptation positive à la maladie et à l'incapacité, fortement lié à la conscience de soi et au sens de l'autonomisation susceptibles de conférer aux personnes souffrant d'une maladie mentale le moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et utile, malgré les contraintes imposées par leur état. Les membres de la Commission ont fait bloc autour de l'opinion selon laquelle toutes les personnes qui souffrent d'une maladie mentale devraient avoir la possibilité de s'améliorer et d'espérer. M. Hogan nous a précisé ce dont il retournait, dans son témoignage :

Il s'agit là d'une déclaration simple mais puissante qui recouvre plusieurs notions, de l'avis de la commission. Premièrement, les gens peuvent améliorer leur état de santé mentale même si, auparavant, on les considérait comme des «cas désespérés». Deuxièmement, même ceux qui ont une maladie grave qui les suivra pendant des années ils peuvent atteindre une bonne qualité de vie s'ils ont le soutien qu'il leur faut. Le

rétablissement n'est pas nécessairement une guérison miraculeuse; il peut s'agir simplement de savoir bien composer avec une maladie dévastatrice. Troisièmement, s'il y a possibilité de rétablissement, c'est que l'espoir doit être une composante essentielle des soins en santé mentale, qui, de ce fait, ne seront plus aussi passifs et axés sur les soins d'entretien.

Dans son rapport, la Commission indique à quel point le système est fragmenté et reconnaît que la réforme des soins de santé mentale est une tâche déconcertante, étant donné la complexité des changements à apporter. Pour la Commission, il est clair qu'aucune mesure de réforme unique n'engendrera le changement nécessaire, mais il est également clair que la réforme simultanée et à grande échelle de plusieurs programmes ne procurerait pas non plus le changement souhaité. Plus précisément, la Commission a insisté sur l'importance de formuler des plans de traitement individualisés bien que, comme M. Hogan nous l'a dit :

Nous ne savons pas exactement comment la chose pourrait se faire, mais nous sommes d'avis qu'il faut s'orienter vers des soins plus individualisés et davantage axés sur un effort personnalisé afin que la famille et le patient aient davantage leur mot à dire dans le plan de traitement. Ce que nous préconisons, ce n'est pas un pouvoir de décision absolue, mais plutôt un véritable partenariat avec les professionnels, au lieu que le rôle du patient se limite à recevoir le diagnostic et à subir les traitements.

Afin d'établir une liste restreinte de repères à respecter, la Commission propose six objectifs nationaux en soins de santé mentale et oriente ses 19 grandes recommandations sur l'atteinte de ces objectifs (voir l'encadré ci-après). M. Emmet a tenu à insister sur ce qui suit dans son témoignage devant notre Comité :

Les six objectifs de la transformation du système qui ont été énoncés par la commission dans son rapport final peuvent être réalisés, comme l'a expliqué le Dr Hogan, par des mesures prises aux niveaux local, étatique et fédéral. Si elle a évité à dessein d'entrer dans le détail dans ce rapport, la commission y élabore un cadre bien pensé et axé sur une vision à long terme qui permettra de s'attaquer au nœud du problème, tel qu'il avait été défini dans le rapport du directeur du Service de santé publique, à savoir que les services donnent de bons résultats mais que nous en rendons l'accès très difficile pour ceux qui en ont besoin.

Les membres de la Commission ne se font pas d'illusion; ils ne croient pas que leur rapport, malgré l'excellent accueil que lui a réservé le milieu de la santé mentale, suffira à lui seul à transformer un système fragmenté et souvent perturbé. Toutefois, certains signes tendent à montrer que le gouvernement actuel est disposé à donner suite au rapport. Le directeur du Centre des services en santé mentale du SAMHSA a été chargé de diriger l'élaboration d'une méthode de mise en oeuvre des recommandations. L'administration actuelle prévoira un crédit de 44 millions de dollars dans son projet de budget pour 2005 en vue de financer les plans de mise en oeuvre de ses recommandations dans tous les États. Bien que cet

engagement budgétaire n'aie pas encore abouti, la proposition a reçu un fort appui du milieu d'intervention communautaire en santé mentale.

La Commission espère que son diagnostic et son plan de traitement permettront de mettre à profit les nombreuses forces du système : des traitements efficaces, des cliniciens consciencieux, des intervenants passionnés et – ingrédient indispensable – l'espoir. Comme l'a indiqué M. Hogan dans une entrevue, « l'élaboration d'un bon plan de traitement est une chose nécessaire, mais cela ne suffit certainement pas à assurer le progrès et le rétablissement ».

M. Hogan avance en outre que, pour réussir, les interventions doivent être descendantes et montantes. Une direction nationale est requise pour les activités comme les campagnes de lutte contre la stigmatisation et la modification des programmes fédéraux, et les gens qui récupèrent d'une maladie mentale ont le droit de réclamer une plus grande participation à l'élaboration des plans de traitement qui les concernent. À son avis, le temps seul nous dira si les bénéficiaires de soins de santé mentale pourront s'engager conjointement face aux changements requis et si les contextes politique et économique dans lesquels nous évoluons permettront le changement, le favoriseront ou y feront obstacle.

Il convient ici de souligner que deux autres mesures sont en cours d'étude avec l'appui des deux partis. Celles-ci ont été adoptées par le Sénat et attendent de passer devant la Chambre des représentants. La première vise la prévention du suicide chez les adolescents et la prestation de conseils aux étudiants. La deuxième, le *Mentally Ill Offender Treatment and Crime Reduction Act* (loi sur le traitement et la réduction de la criminalité chez les délinquants malades mentaux) permettrait de verser des subventions destinées à stimuler tous les efforts communautaires déployés en vue d'éviter que les personnes souffrant de maladies mentales n'aient des démêlés avec le système de justice pénale.

OBJECTIFS ET RECOMMANDATIONS DE LA PRESIDENT'S NEW FREEDOM COMMISSION ON MENTAL HEALTH

- OBJECTIF 1** Les Américains comprennent que la santé mentale est indispensable à la santé globale.
- Élaborer et réaliser une campagne nationale visant à réduire les stigmates associés au fait de réclamer des soins, ainsi qu'une stratégie nationale de prévention du suicide.
 - Aborder la santé mentale avec le même sentiment d'urgence que dans le cas de la santé physique.
- OBJECTIF 2** Les soins de santé mentale répondent au consommateur et à la famille.
- Élaborer un plan individualisé de soins pour chaque adulte souffrant d'une maladie mentale grave et chaque enfant souffrant d'un trouble émotionnel grave.
 - Faire intégralement participer les consommateurs et les familles à l'orientation du système de soins de santé mentale vers le rétablissement.
 - Orienter les programmes fédéraux pertinents en sorte d'améliorer l'accès aux services en santé mentale et la reddition de comptes en la matière.
 - Créer un plan global de santé mentale.
 - Protéger et améliorer les droits des personnes souffrant de maladies mentales.

OBJECTIF 3 Les inégalités dans les services de santé mentale sont éliminées.

- Améliorer l'accès à des soins de qualité qui tiennent compte des sensibilités culturelles.
- Améliorer l'accès à des soins de qualité dans les régions rurales et éloignées.

OBJECTIF 4 Le dépistage précoce, l'évaluation et le renvoi à des services sont monnaie courante.

- Promouvoir la santé mentale des jeunes enfants.
- Améliorer et élargir les programmes scolaires de santé mentale.
- Dépister la cooccurrence de maladies mentales et de troubles liés à la consommation de drogues et établir des liens avec des stratégies intégrées de traitement.
- Dépister les maladies mentales dans le cadre des soins de santé primaires, tout au long de la vie, et établir des liens avec le traitement et les soutiens.

OBJECTIF 5 Des soins de santé mentale d'excellente qualité sont prodigués et la recherche est intensifiée.

- Intensifier la recherche en faveur du rétablissement et de la résilience et trouver finalement un remède et des moyens de prévention.
- Favoriser des pratiques fondées sur des faits au moyen de projets de diffusion et de démonstration et créer une association publique-privée pour orienter leur réalisation.
- Améliorer et élargir les effectifs qui fournissent des services de santé mentale et un soutien fondés sur des faits.
- Développer la base de connaissances dans quatre sous-domaines étudiés : inégalités en santé mentale, effets à long terme des médications, traumatismes et soins actifs.

OBJECTIF 6 La technologie est utilisée pour donner accès aux soins de santé mentale et à l'information.

- Utiliser la technologie de la santé et la télésanté pour améliorer l'accès aux soins de santé mentale et leur coordination, spécialement pour les Américains résidant dans des régions éloignées ou au sein de populations mal desservies.
- Concevoir et réaliser des systèmes électroniques intégrés de dossiers de santé et de renseignements personnels sur la santé.

4.6 OBSERVATIONS DU COMITÉ

Le Comité estime que nous avons beaucoup à apprendre des tentatives déployées aux États-Unis pour s'attaquer aux conséquences de la fragmentation des services de soins en santé mentale qui sont répartis entre différents niveaux de compétence et plusieurs ministères. Une telle fragmentation limite l'accès aux services et entrave la capacité des fournisseurs de services à bénéficier mutuellement de ce qui est novateur et à miser sur l'excellence.

Les membres du Comité ont été très impressionnés par l'orientation générale du rapport de la President's New Freedom Commission sur la santé mentale, surtout par son intérêt à trouver des solutions axées sur les patients. Nous n'avons notamment pas manqué de

remarquer le désir de favoriser la guérison chez tous et toutes, de même que l'insistance placée sur la nécessité de faire participer les usagers à la conception et à la réalisation de régimes de soins individualisés. Le Comité prend acte des nombreux obstacles qui s'opposent à la réalisation de la vision de la Commission, obstacles dont plusieurs découlent de la fragmentation du système que la Commission a décrit dans son rapport.

Le Comité prend également note de la place prépondérante accordée à la stimulation de la recherche sur la santé mentale et la maladie mentale et à la promotion de technologies dont l'adoption permettra d'améliorer la prestation des soins et des services. Nous constatons que ces aspects sont conformes au rôle international de premier plan que jouent les chercheurs et les scientifiques américains.

Qui plus est, les membres du Comité estiment que la place prépondérante que ce rapport accorde à la prestation de services communautaires adaptés est à la fois appropriée et extrêmement importante. Dans le même ordre d'idées, l'expérience américaine nous rappelle à quel point il importe de promouvoir la collaboration entre les divers ordres de gouvernement de même qu'entre leurs différents ministères ou services.

Enfin, les membres du Comité constatent qu'une telle orientation exige une mobilisation nationale afin de mettre en œuvre le plus grand nombre de ressources possible sans perdre de vue que, pour aboutir, les réformes entreprises doivent être soutenues à tous les échelons. En évitant de proposer la solution de la « table rase », la New Freedom Commission a rejoint les conclusions auxquelles notre Comité était parvenu au sujet du secteur des soins actifs au Canada, dans son rapport d'octobre 2002 sur la santé des Canadiens.

CHAPITRE 5:

COMPARAISON DES SOINS DE SANTÉ MENTALE DANS LES QUATRE PAYS ÉTUDIÉS

5.1 INTRODUCTION

Comme nous l'avons fait remarquer dans l'introduction du présent rapport, à cause de la complexité des systèmes de soins de santé (tant pour ce qui est des modalités de paiement que des mécanismes de prestation des services) et des liens inextricables qui existent entre ces systèmes et l'histoire, les politiques et la culture de chaque pays, la transposition des mesures d'un pays à l'autre ne peut se faire simplement. Le caractère commun de la plupart des enjeux auxquels les décideurs et les praticiens sont confrontés dans le domaine des politiques de soins, partout dans le monde industrialisé, signifie toutefois qu'il y a beaucoup à gagner d'une étude attentive de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas ailleurs. Dans le présent chapitre, le Comité part de son examen de l'expérience de quatre pays pour tirer certains enseignements sur ce qui se fait au Canada en vue de réformer la prestation des soins de santé mentale et d'améliorer la santé mentale des Canadiennes et des Canadiens. La structure du présent chapitre reprend celle utilisée dans les études de pays.

5.2 HISTORIQUE ET APERÇU

Le Comité a été frappé de constater que la désinstitutionalisation a été vécue un peu de la même façon dans tous les pays examinés. Tout d'abord, ce sont presque toujours les mêmes facteurs qui ont poussé ces pays à opter pour la désinstitutionalisation :

- adoption d'une nouvelle méthode de traitement, surtout de nouveaux médicaments, accompagnée
- d'un changement d'attitudes envers la nature de la maladie mentale
- d'une conviction croissante que les traitements sont plus efficaces en milieu communautaire.

Deuxièmement, dans chaque pays étudié (tout comme au Canada), la fermeture des hôpitaux psychiatriques est intervenue plus rapidement que le déploiement de nouvelles ressources communautaires, ce qui a donné lieu à de nombreuses situations où les personnes souffrant de maladie mentale ont dû se débrouiller seules. Qui plus est, les difficultés soulevées par le manque de ressources pour passer à des soins communautaires ont souvent été compliquées par la résistance à ce transfert dans les collectivités urbaines où de vieilles attitudes ne changeaient que lentement.

Il convient, en troisième lieu, de remarquer que dans de nombreux pays étudiés la désinstitutionalisation a été un des facteurs qui a stimulé l'adoption de stratégies nationales dont l'objet était d'améliorer la prestation de services aux personnes souffrant de maladie mentale. Il y a donc lieu de se poser la question suivante : Pourquoi la désinstitutionalisation au Canada n'a-t-elle pas donné lieu aux mêmes résultats, puisque nous n'avons pas encore de

stratégie nationale en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie, contrairement à tous les autres pays du G8?

On pourrait être tenté de pointer du doigt le fédéralisme canadien parce qu'il peut-être empêché que la santé mentale ne devienne une priorité nationale. Toutefois, comme l'un des pays fédéraux étudiés (l'Australie) a entamé dès 1992 une planification nationale cohérente, le fédéralisme, en tant que tel, n'explique pas le parcours différent suivi par le Canada.

Il y aurait sans doute une explication plus valable : le fait que, le gouvernement fédéral au Canada ne prenant pas part à la prestation des services à la population en général, il n'a pas ressenti la nécessité de réagir aux profonds changements survenus dans la prestation des services sur le terrain. On pourrait tout de même se demander pourquoi, étant donné son rôle dans la prestation des services à certains groupes de la population (voir le chapitre 9 du volume 1), le gouvernement fédéral n'a pas tiré les enseignements qui s'imposaient des faiblesses que présente son propre système de prestation de services et pourquoi il ne s'est pas rendu compte que les provinces étaient confrontées à des problèmes identiques.

Enfin, il convient de remarquer qu'à cause de la tendance d'Ottawa de transférer des fonds aux provinces sans exigence de contrepartie (ce qui a abouti à la création du TCSPS au milieu des années 90), les provinces ont dû composer de leur mieux avec le contexte changeant dans lequel s'inscrivait la prestation des services de santé mentale.

5.3 COÛTS ET FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Pour ce qui est des comparaisons relatives aux coûts et au financement entre les différents pays, le Comité tient d'abord à souligner les problèmes qui se posent sur le plan de la comparabilité des données. En présentant leurs données sur les dépenses en santé mentale, les auteurs du *National Mental Health Report* (2002) (Rapport national sur la santé mentale) en Australie ont bien précisé que tous les pays ne mesurent pas les dépenses en santé mentale de la même façon et qu'il est donc extrêmement difficile d'établir des comparaisons directes. Ainsi, les auteurs de ce rapport (comme nous l'avons vu dans le chapitre sur l'Australie) font remarquer que certains pays incluent des montants qui sont spécifiquement exclus des estimations australiennes, comme les services dispensés aux alcooliques, aux toxicomanes et aux handicapés intellectuels, les soins fournis aux personnes souffrant de démence ou concernant les logements de ces dernières et les versements des prestations de sécurité du revenu aux usagers des soins de santé mentale.

Il ne semble donc généralement pas possible d'établir des lignes directrices fondées sur des pratiques exemplaires en matière de dépenses globales en santé mentale. Toutefois, il existe suffisamment de données sur les tendances que présentent ces dépenses dans le temps, dans chaque pays, pour qu'on puisse tirer certaines conclusions *a priori* relativement aux facteurs qui méritent qu'on accorde plus d'attention aux besoins de financement de la santé mentale et sur les façons de garantir la pérennité de ce financement. On peut également comparer les priorités de financement des différents pays, bien qu'il existe ici certaines variations dans la mesure où, comme il est difficile d'obtenir des données comparables d'un pays à l'autre, les conclusions qu'on peut tirer ne sont pas aussi solides.

Le lecteur se sera peut-être rendu compte que les données présentées dans le cas de l'Australie sont remarquables par leur degré de détail et par le fait qu'elles permettent des comparaisons longitudinales. Les Australiens viennent de produire leur septième rapport national sur la santé mentale qui rentre encore plus dans le détail et qui permet de comprendre mieux que pour n'importe quel autre pays étudié l'évolution dans le temps des dépenses en santé mentale. Le Comité estime que cela montre bien à quel point il importe de faire preuve de régularité dans la collecte et la diffusion des données.

Qui plus est, comme l'illustre le débat sur l'adéquation du financement de la santé mentale en Angleterre, il convient également non seulement d'examiner les augmentations en chiffres absolus du niveau de financement de la santé mentale, mais aussi de se demander si les nouveaux investissements dans ce domaine progressent au rythme de ceux effectués dans le secteur plus général des soins de santé. Ainsi, si la croissance des dépenses en santé mentale traîne de l'arrière derrière celles des dépenses globales en soins de santé, la position relative du secteur de la santé mentale est affectée, même si ce secteur reçoit davantage d'argent que dans le passé. Cette considération revêt une importance particulière dans le contexte d'un projet de réforme en profondeur ou d'une tentative visant à aligner les dépenses en santé mentale sur celles de la santé en général.

Parallèlement à cela, il y a la question du bien-fondé du ciblage des dépenses en santé mentale pour s'assurer que les fonds vont bien au traitement des maladies mentales et qu'ils ne sont pas absorbés dans les dépenses générales de la santé ou pour garantir que les transferts d'un ordre de gouvernement à un autre constituent de véritables augmentations des dépenses en santé mentale qui ne sont pas ensuite amputées par la disparition de services offerts jusque-là, même si de nouveaux sont ajoutés. À cet égard, l'expérience australienne est chargée d'enseignement. Comme des témoins l'ont indiqué au Comité, les fonds fédéraux supplémentaires ont d'abord été ciblés, mais comme ce financement a été de plus en plus apprécié par les différents ordres de gouvernement au fil du temps, il a fallu adopter des mesures particulières pour protéger les ressources en santé mentale qui n'étaient plus nécessaires.

Les membres du Comité ont tout de même trouvé remarquable que, dans les trois ou quatre pays examinés, l'adoption de stratégies nationales en matière de santé mentale s'est accompagnée d'une augmentation du niveau de financement des services et des activités dans le domaine. Comme les témoins l'ont indiqué, des documents qui informent sur les besoins du secteur de la santé mentale peuvent être de puissants instruments de pression politique sur les gouvernements afin de les amener à augmenter les ressources nécessaires. Qui plus est, il faut pouvoir s'appuyer sur des repères et des objectifs clairs afin de contrôler la mise en œuvre d'une stratégie nationale et de s'assurer que les engagements financiers seront respectés dans le temps. D'après les témoignages et les documents que nous avons recueillis, la formulation et l'application d'une stratégie nationale en matière de santé mentale ne peuvent aboutir que si elle s'accompagne d'une affectation suffisante des ressources.

Le Comité prend également note des importants efforts déployés dans certains pays pour décentraliser les décisions de financement et pour les aligner davantage sur les besoins des collectivités dans lesquelles les gens vivent et utilisent les services. L'expérience anglaise, qui a consisté à confier la responsabilité de « commander » les services de santé mentale aux groupes de soins primaires, peut être un point de référence utile pour toute tentative visant à

confier davantage la maîtrise du financement à la base et à mieux adapter le financement aux priorités locales. D'un autre côté, les témoignages et la documentation nous indiquent aussi que ce transfert de responsabilité est une tâche complexe et que la décentralisation de la prise de décision doit être accompagnée d'une répartition plus générale des compétences pour favoriser l'administration des budgets supplémentaires.

Les mesures destinées à contrôler l'augmentation des coûts sont également importantes, surtout dans le cas des produits pharmaceutiques dont la hausse des prix est une préoccupation constante. Au Canada, il faudra apporter une attention toute particulière à cette question étant donné les écarts importants qui existent chez nous entre les différents régimes provinciaux d'assurance-médicament. Enfin, l'expérience américaine dans le cas des soins gérés est tout aussi intéressante, parce qu'elle vise à réaliser un équilibre entre les efforts déployés pour contenir les coûts et la garantie d'un accès aux services et aux thérapies nécessaires.

5.4 PRESTATION ET ORGANISATION DES SERVICES

Nous avons vu qu'en matière de prestation de services en santé mentale, il fallait commencer par reconnaître que tous les pays étudiés sont passés d'un régime de soins essentiellement institutionnel à un régime de soins de type communautaire. Cette transition a soulevé des préoccupations quant à l'adéquation des ressources disponibles à l'échelon communautaire pour faire face à la demande. On s'est aperçu également qu'il fallait coordonner et intégrer la prestation des services pour parvenir à abattre les nombreuses cloisons existantes et faire en sorte que chacun ait accès aux services dont il a besoin, peu importe quel ministère ou organisme ministériel (ou organisme non gouvernemental) est responsable de la prestation des soins.

La Mental Health Commission (Commission de la santé mentale) en Nouvelle-Zélande et le National Institute for Mental Health (ou NIMHE) en Angleterre sont les deux institutions qui se distinguent pour avoir facilité ce genre de transition. Le Comité a pris plus particulièrement note du fait que la commission néo-zélandaise a joué un rôle important, tant pour instaurer des normes de service que pour contrôler la mise en œuvre de la planification en santé mentale, tandis que l'institution britannique a joué un rôle déterminant dans l'application et la diffusion des pratiques exemplaires. Il convient, ici, de remarquer que les deux pays se sont fixé des normes et des objectifs élevés et précis (le *Blueprint* en Nouvelle-Zélande et le Cadre national de service en santé mentale en Angleterre) dans le contexte de leurs stratégies respectives.

L'accent placé sur l'individualisation des régimes de soins en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis et en Angleterre est un autre aspect digne de mention. L'importance croissante accordée à la capacité des personnes souffrant d'une maladie mentale de se rétablir, de même qu'à la nécessité pour les praticiens d'élaborer des plans personnalisés, axés sur les clients (et contrôlés) a un effet marqué sur l'approche retenue dans la prestation des services communautaires en santé mentale.

On pourrait donc conclure, comme l'a fait Michael Hogan des États-Unis, que pour compenser l'éclatement survenu dans la prestation des services, il faudra que les

interventions soient descendantes et montantes. Il est possible, pour administrer la pléthore d'agences et d'organismes gouvernementaux prenant part à la prestation des services, de faire appel à des organismes extérieurs, indépendants, en mesure d'adopter un point de vue d'ensemble sur le fonctionnement du gouvernement. D'un autre côté, la personnalisation des régimes de soins et la coordination de la prestation des services pourraient aider ceux et celles qui ont besoin de ce genre de service à s'en prévaloir à la demande.

Dans tous les pays examinés, les médecins et les autres fournisseurs de soins primaires assument la plupart des responsabilités du gros des clients des services de soins de santé mentale. D'un autre côté, les personnes souffrant d'une maladie mentale grave et persistante continuent de dépendre de l'accès à des services de santé mentale plus spécialisés. Cette situation a été un problème dans tous les pays étudiés. Tout d'abord, il est inquiétant de constater que les systèmes de rémunération à l'acte ne permettent pas de dédommager suffisamment les médecins de famille pour qu'ils traitent les maladies mentales ou donnent des conseils dans ce domaine. Deuxièmement, il y a le problème soulevé par le fait que les médecins de famille n'ont pas accès à suffisamment de ressources pour pouvoir véritablement composer avec l'ampleur de la demande en matière de soins de santé mentale. Enfin, le défaut de coordination entre les soins primaires et les soins secondaires est un problème régulièrement soulevé, problème qui souligne l'importance primordiale d'offrir des soins intégrés et efficaces.

En dépit – ou devrait-on peut-être dire plutôt, à cause – du basculement à la faveur des soins et des services communautaires, les inégalités d'accès persistent sur plusieurs plans. Nombre de pays ont constaté que les résidents des régions rurales ont accès à beaucoup moins de services que ceux des régions urbaines.

Par ailleurs, presque tout le monde s'entend pour dire que les services qui sont censés s'adresser spécifiquement aux minorités ne sont pas vraiment adaptés à leurs besoins. Il faut que ces services soient adaptés sur le plan culturel afin de les rendre accessibles à ces minorités, comme c'est le cas pour la majorité. Plusieurs pays ont déterminé que la formation de professionnels de la santé appartenant à des groupes minoritaires, surtout aux communautés autochtones ou aborigènes, était une façon d'améliorer la pertinence culturelle des services de santé mentale.

Cela nous amène au dernier aspect que le Comité tient à mentionner, c'est-à-dire la pénurie de ressources humaines constatée dans tous les pays étudiés, pénurie qui touche presque tous les fournisseurs de services de santé mentale. Le phénomène a été constaté même dans des pays comme l'Australie et la Nouvelle-Zélande où l'augmentation des budgets de la santé mentale a donné lieu à un accroissement de l'offre par certains groupes de fournisseurs. Sur une note plus positive, les membres du Comité ont été impressionnés par les tentatives déployées en vue de décerner et de reconnaître officiellement le titre de travailleur communautaire en santé mentale en tant que moyen d'augmenter les ressources humaines.

5.5 PROMOTION ET PRÉVENTION

La situation constatée dans quatre pays semble appuyer les enseignements tirés dans un récent rapport britannique (juin 2004), sur la santé mentale et l'exclusion sociale. Ce rapport

conclut que des campagnes non coordonnées de durée limitée ne donnent pas lieu à des changements notoires dans les attitudes qui sont source de stigmatisation, et il précise que pour combattre la stigmatisation et la discrimination, un engagement budgétaire à long terme est nécessaire. D'un autre côté, d'après les témoins que nous avons entendus et les documents que nous avons examinés au sujet de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, force est de constater que ces deux pays sont parvenus à modifier de façon visible les attitudes et les comportements grâce à des campagnes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination qui durent depuis plusieurs années.

Il faut se garder de sauter aux conclusions à partir de ces constats, mais nous avons toutes les raisons de croire que, si nous voulons que les campagnes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination produisent un maximum d'effet, il faudra y consacrer un financement et une planification à long terme prolongée par une évaluation suivie. Qui plus est, il semble que ce genre de campagne soit particulièrement efficace quand on peut l'adapter à toute une diversité de situations en sorte qu'elle puisse être reprise par différents pays.

Ainsi, pour le lancement de leur campagne « Like Minds, Like Mine », les Néo-Zélandais ont fait appel à une figure emblématique native du pays, avant de mettre ensuite l'accent sur des gens ordinaires et sur leurs familles. En outre, quand les Néo-zélandais ont constaté certains progrès du côté des attitudes stigmatisantes, ils ont décidé de mettre davantage l'accent sur la lutte contre la discrimination. L'expérience australienne, quant à elle, nous a enseigné les bienfaits de campagnes menées simultanément aux échelons national, régional et local de même que la nécessité de cibler la stigmatisation sur certaines maladies selon des thèmes assez larges.

Aux États-Unis, la stratégie nationale de prévention du suicide fait fond sur l'exploitation des ressources nationales afin de donner un exemple que les États et administrations locales peuvent reprendre et pour les inciter à adapter les modèles nationaux à leurs besoins propres. Dans la même veine, l'expérience de plusieurs pays souligne l'importance qu'il y a de pouvoir compter sur un organisme apte à être le point de convergence des efforts déployés à l'échelle nationale pour combattre la stigmatisation et la discrimination et à assurer la coordination de ces efforts à l'échelon national.

Nous avons conclu de notre examen de la situation internationale qu'il y a tout à gagner à voir ce que donne ce genre d'effort et à bâtir les campagnes à partir des constats posés. Autrement dit, il convient de tenir de vastes consultations, dès le début, auprès des divers ordres de gouvernement, des fournisseurs, des ONG ainsi que des utilisateurs des services de santé mentale et leurs familles. En outre, nous avons constaté les bienfaits de faire témoigner les personnes souffrant de troubles mentaux afin de combattre la stigmatisation et de collaborer avec les médias pour essayer d'éliminer les stéréotypes négatifs et de les remplacer par des récits plus positifs de personnes souffrant de maladie mentale.

Enfin, le Comité a trouvé que la nouvelle campagne anglaise proposée dans le rapport sur la santé mentale et l'exclusion est très complète, et il désire profiter de l'occasion pour en rappeler les principaux axes. Cette campagne :

- ciblera des auditoires clés, surtout les employeurs, les jeunes et les médias;

- proposera des messages cohérents et éprouvés, sous une seule et même bannière;
- fera la promotion de la contribution que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale peuvent apporter à la société;
- sera assurée par un financement suivi;
- traitera des questions d'ethnicité et de problématique hommes-femmes;
- proposera un cadre et des documents d'appui au travail local par l'accent placé sur les questions particulières auxquelles sont confrontées les communautés démunies;
- sera clairement évaluée à la faveur de sondages réguliers.

5.6 PERSPECTIVES DE RÉFORME

À partir de cette étude de quatre pays, il est apparu clairement aux membres du Comité que toute stratégie de réforme doit être soigneusement adaptée à la situation particulière de chaque pays. Il faut non seulement évaluer soigneusement l'état des services et des soins de santé mentale afin d'établir des priorités d'action, mais il faut aussi tenir compte des réalités complexes du système politique et des valeurs sociales de chaque pays pour formuler un plan de réforme.

À ce sujet, nous pensons qu'il risque d'être difficile d'adapter au contexte fédéraliste canadien des stratégies de réforme conçues et mises en œuvre dans des pays dotés de formes de gouvernement unitaire puisque, chez nous, la prestation des services de soins de santé au grand public demeure une responsabilité constitutionnelle relevant des provinces. Quoi qu'il en soit, les objectifs et les normes précises et détaillées qui ont été la marque des programmes de réforme en Angleterre et en Nouvelle-Zélande (deux États unitaires) sont d'excellentes références. Qui plus est, le système de soins de santé d'un pays, qu'il s'agisse d'un État unitaire ou d'un État fédéral, comporte de multiples paliers et les tentatives régulières visant à coordonner la réforme de la santé mentale entre ces différents paliers sont une autre indication de l'importance qu'il y a d'agir à tous les niveaux.

Le Comité a également constaté que tous les pays étudiés ont eu intérêt à entreprendre une planification intégrée à long terme afin d'améliorer l'état de la santé mentale et de la prestation des services de soins en santé mentale. Ce n'est qu'ainsi que l'on peut parvenir à s'appuyer sur chaque strate précédente de la réforme et donc à augmenter considérablement les chances d'adapter cette réforme aux circonstances changeantes.

Enfin, la complexité et l'éventail des services entrant en jeu dans la promotion de la santé mentale et dans la réponse aux besoins des personnes qui souffrent d'une maladie mentale permettent de penser qu'une réforme du type « table rase » ne peut qu'être vouée à l'échec. En outre, la réforme doit consister à régler les problèmes par le haut et par le bas.

5.7 OBSERVATIONS DU COMITÉ

Le Comité a retenu un certain nombre de tendances des grandes orientations adoptées dans les stratégies de santé mentale des quatre pays étudiés :

- tendance à miser sur le rétablissement. Il s'agit ici d'une vision propre au raisonnement appliqué en santé mentale où l'on envisage le rétablissement comme un processus d'adaptation positive à la maladie et à l'incapacité pour que les personnes souffrant d'une maladie mentale puissent vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et contribuer à la société malgré les limitations que leur impose la maladie;
- une insistance croissante sur les plans individualisés de traitement et de soins (surtout pour les personnes souffrant de maladie mentale grave), de même que la reconnaissance du fait qu'il faut inciter les membres de la famille et les patients eux-mêmes à participer à la planification des traitements;
- la réaffirmation de la nécessité d'offrir des services au sein de la collectivité et l'importance accrue accordée au contrôle suivi de la prestation de services et de l'effort mis pour les intégrer, dans la mesure du possible (pour que l'on puisse s'affranchir des limitations caractéristiques d'une prestation de service « cloisonnée »);
- l'importance de mettre à disposition des ressources nationales pour promouvoir la santé mentale, surtout dans le cas des campagnes contre la stigmatisation et la lutte contre la discrimination;
- la nécessité d'éliminer les disparités dans la limite des services offerts, que ces disparités soient dues au fait que les services ne tiennent pas compte des différences culturelles ou qu'ils ne soient pas offerts dans certaines régions rurales du pays.

Le facteur qui semble unir tous ces éléments est l'insistance accrue que l'on place sur l'organisation des services en vue de mieux répondre aux besoins des patients ou des utilisateurs du service, formule à laquelle le Comité adhère pleinement et qui rappelle, d'ailleurs, l'approche axée sur le patient que le Comité avait recommandée pour le secteur des soins actifs. Pour réaliser les objectifs qui se dégagent de notre étude des quatre pays en question, il nous faudra fixer des buts atteignables auxquels tout le milieu de la santé mentale devra adhérer et établir des critères mesurables afin de contrôler en permanence le travail de réforme. Il semble, d'un autre côté, qu'une stratégie nationale d'amélioration de la santé mentale et du traitement de la maladie mentale doive notamment s'appuyer sur les piliers suivants : planification détaillée concernant les ressources humaines dans le domaine de la santé mentale et financement suffisant pour la recherche et pour la diffusion du savoir.

ANNEXE A:

**LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ
TROISIÈME SESSION DE LA 37^E LÉGISLATURE
(2 FÉVRIER AU 23 MAI 2004)**

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
À titre personnel	David Loïse Murray Ronald	26 février 2003	9
	J. Michael Grass, président sortant, Groupe de mise en oeuvre en santé mentale du district de Champlain	5 juin 2003	17
	Nancy Hall, conseillère en santé mentale	8 mai 2003	16
	Thomas Stephens, expert- conseil	20 mars 2003	11
Académie canadienne d'épidémiologie psychiatrique	Dr Alain Lesage, président sortant	19 mars 2003	11
Académie canadienne de psychiatrie et de droit	Dre Dominique Bourget, présidente	5 juin 2003	17
Association canadienne de la santé mentale de l'Ontario	Patti Bregman, directrice des programmes	12 juin 2003	18
Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada	Margaret Synyshyn, présidente	29 mai 2003	16
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario	Dr Simon Davidson, Chef, Section de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1er mai 2003	13
Centre hospitalier universitaire Mère-enfant Sainte-Justine	Dre Joanne Renaud, pédopsychiatre; chercheuse boursière, Instituts de recherche en santé au Canada	30 avril 2003	13

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Centre de toxicomanie et de santé mentale	Jennifer Chambers, coordonnatrice du Conseil d'habitation	14 mai 2003	15
	Rena Scheffer, directrice, Services d'informations et d'éducation du public	28 mai 2003	16
CN Centre for Occupational Health and Safety	Kevin Kelloway, directeur	12 juin 2003	18
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées	Dr David K. Conn, coprésident; président, Académie canadienne de psychiatrie gériatrique	4 juin 2003	17
Colombie-Britannique, Province de la	Patrick Storey, président, Conseil consultative du ministre sur la santé mentale	14 mai 2003	15
	Heather Stuart, professeure agrégée, Santé communautaire et épidémiologie		
Global Business and Economic, Roundtable and Addiction and Mental Health	Rod Phillips, président et directeur général, Les Consultants Warren Shepell	12 juin 2003	18
Hamilton Health Sciences Centre	Venera Bruto, psychologue	4 juin 2003	17
Hôpital Douglas	Eric Latimer, économiste de la santé	6 mai 2003	14
	Dr James Farquhar, psychiatre		
	Dre Mimi Israël, chef, Département de psychiatrie; professeure agrégée, Université McGill		
	Myra Piat, chercheuse		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Hôpital Douglas	Amparo Garcia, chef clinico-administratif, Division des Services ultraspécialisés pour adultes	6 mai 2003	14
	Manon Desjardins, chef clinico-administratif, Division des Services sectorisés pour adultes		
	Jacques Hendlisz, directeur général		
	Robyne Kershaw-Bellmare, directrice des soins infirmiers		
Hôpital Louis-H. Lafontaine	Jean-Jacques Leclerc, directeur, Services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté	6 mai 2003	14
	Dr Pierre Lalonde, directeur, Clinique des jeunes adultes		
Hôpital St. Michaels	Dr Paul Links, titulaire de la chaire Arthur Sommer Rothenberg d'études sur le suicide	19 mars 2003	11
Institut canadien d'information sur la santé	Dr John S. Millar, vice- président, Recherche et analyse	20 mars 2003	11
	Carolyn Pullen, expert conseil		
	John Roch, gestionnaire principale, Protection de la vie privée, Secrétariat de la protection de la vie privée		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Instituts de recherche en santé du Canada	Dr Rémi Quirion, directeur scientifique, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies	6 mai 2003	14
	Bronwyn Shoush, commissaire, Institut de la santé des Autochtones	28 mai 2003	16
	Jean-Yves Savoie, président, Conseil consultatif, Institut de la santé publique et des populations	12 juin 2003	18
Santé Canada	Tom Lips, conseiller principal, Santé mentale, Division de la santé des collectivités, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique	19 mars 2003	11
	Pam Assad, directrice déléguée, Division de l'enfance et de l'adolescence, Centre de développement de la santé humaine, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique	30 avril 2003	13
Société Alzheimer du Canada	Steve Rudin, directeur exécutif	4 juin 2003	7
Société canadienne de pédiatrie	Dre Diane Sacks, présidente élue	1er mai 2003	13
	Marie-Adèle Davis, directrice exécutive		
Statistique Canada	Lorna Bailie, directrice adjointe, Division des statistiques sur la santé	20 mars 2003	11
St.Joseph's Health Care London	Maggie Gibson, psychologue	4 juin 2003	17

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Université de Calgary	Dr Donald Addington, professeur et chef, Département de psychiatrie	29 mai 2003	16
Université de la Colombie-Britannique <i>(par vidéoconférence)</i>	Dre Charlotte Waddell, professeur adjointe, Unité d'évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires, Département de psychiatrie, Faculté de médecine	1er mai 2003	13
Université Laval	Dr Michel Maziade, directeur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine	6 mai 2003	14
Université du Manitoba	John Arnett, chef, Département de santé psychologique clinique, Faculté de médecine	28 mai 2003	16
	Robert McIlwraith, professeur et directeur, Programme de psychologie en milieu rural et nordique	29 mai 2003	
Université McGill	Dr Howard Steiger, professeur, Département de psychiatrie; directeur, Clinique des troubles alimentaires, Hôpital Douglas	1er mai 2003	13
Université de Montréal	Laurent Mottron, chercheur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine	6 mai 2003	14

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Université de Montréal	Dr Richard Tremblay, titulaire, chaire de recherche du Canada sur le développement des enfants, professeur de pédiatrie, psychiatrie et psychologie, directeur, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants	6 mai 2003	14
	Dr Jean Wilkins, professeur titulaire et pédiatre, Département de pédiatrie, Faculté de médecine		
	Dre Renée Roy, professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie, Faculté de médecine		
Université d'Ottawa	Tim D. Aubry, professeur associé; co-directeur, Centre de recherche sur les services communautaires	5 juin 2003	17
	Dr Jeffrey Turnbull, directeur, Département de médecine, Faculté de médecine		
Université du Québec à Montréal	Henri Dorvil, professeur, École de travail social	6 mai 2003	14
	Dr Michel Tousignant, professeur et chercheur, Centre de recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie		
Université Queen's	Dr Julio Arboleda-Florèz, professeur et chef du Département de psychiatrie	20 mars 2003	11

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Université de Toronto	Dr Joe Beitchman, professeur et directeur, Division de la psychiatrie de l'enfant; psychiatre en chef, Hospital for Sick Children	30 avril 2003	13
Université de Toronto	Dr David Marsh, directeur des services cliniques, Médecine des toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale	29 mai 2003	16

ANNEXE B:

**LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ
DEUXIÈME SESSION DE LA 37^E LÉGISLATURE
(30 SEPTEMBRE 2002 – 12 NOVEMBRE 2003)**

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
À titre personnel	Charles Bosdet Pat Caponi Don Chapman,	29 avril 2004	7
Alberta Mental Health Board	Ray Block, directeur général	28 avril 2004	7
	Sandra Harrison, directrice exécutive, Planification, défense des droits et liaison		
Alliance de la Fonction publique du Canada	John Gordon, vice-président executive national	1er avril 2004	5
	James Infantino, agent des pensions et assurances d'invalidité		
Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux	Stephen Arbuckle, membre, Groupe d'intérêt lié à la santé	31 mars 2004	5
Association canadienne des troubles anxieux	Peter McLean, vice-président	12 mai 2004	9
Association canadienne pour la santé mentale	Penny Marrett, chef de la direction	12 mai 2004	9
Association des infirmières et infirmiers du Canada, la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale et l'Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada	Nancy Panagabko, présidente, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale	31 mars 2004	5
	Annette Osten, membre du Conseil d'administration, Association des infirmières et infirmiers du Canada		
Association médicale canadienne	Dre Gail Beck, secrétaire générale adjointe intérimaire	31 mars 2004	5
	Dr Sunil Patel, président		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Association des psychiatres du Canada	Dr Blake Woodside, président du Conseil d'administration	31 mars 2004	5
Australie, Gouvernement d' (par vidéoconférence)	Dermot Casey, secrétaire adjoint, Direction des priorités sanitaires et de la prévention du suicide, ministère de la Santé et de la Vieillesse	20 avril 2004	6
	Jenny Hefford, secrétaire adjointe, Direction de la stratégie contre la drogue, ministère de la Santé et de la Vieillesse		
Bureau du Conseil Privé	Ron Wall, directeur des relations parlementaires, Planification de la législation et des travaux de la Chambre/avocat	1er avril 2004	5
	Ginette Bougie, directrice, Rémunération et classification		
Centre for Suicide Prevention	Diane Yackel, directrice exécutive	21 avril 2004	6
Centre de toxicomanie et de santé mentale	Christine Bois, gestionnaire des priorités provinciales en matière de troubles concourants	5 mai 2004	8
	Wayne Skinner, directeur clinique, Programme de troubles concourants		
	Brian Rush, chercheur, Politique de prévention sociale et de santé		
Chambre des communes	L'honorable Jacques Saada, C.P., député, leader du gouvernement à la Chambre des communes et ministre responsable de la Réforme démocratique	1er avril 2004	5

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Citoyenneté et de l'Immigration, Ministère de la	Patricia Birkett, directrice générale par intérim, Direction générale de l'intégration	22 avril 2004	6
Cognos	Marilyn Smith-grant, spécialiste en ressources humaines	1er avril 2004	5
	Sean Reid, gestionnaire principal, Communication corporatives		
Fédération canadienne des contribuables	Bruce Winchester, directeur de recherche	22 avril 2004	6
Fédération des programmes communautaires de la santé mentale et du traitement des toxicomanies de l'Ontario	David Kelly, directeur exécutif	5 mai 2004	8
Hôpital Douglas	Dr Gustavo Turecki, directeur, Groupe McGill d'études sur le suicide, Université McGill	21 avril 2004	6
Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies	Richard Brière, directeur adjoint	21 avril 2004	6
Justice, Ministère de la	Manon Lefebvre, conseillère juridique	22 avril 2004	6
Mercer consultation en ressources humaines	Bernard Potvin, conseiller principal	22 avril 2004	6
Native Mental Health Association of Canada	Brenda M. Restoule, psychologue et représentante du conseil de l'Ontario	13 mai 2004	9
Nouvelle –Zélande, Gouvernement de la (par vidéoconférence)	Janice Wilson, directrice générale adjointe, Direction générale de la santé mentale, ministère de la Santé	5 mai 2004	8

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Nouvelle –Zélande, Gouvernement de la <i>(par vidéoconférence)</i>	David Chaplow, directeur et conseiller principal en santé mentale	5 mai 2004	8
	Arawhetu Peretini, gestionnaire, Santé mentale des Maoris		
	Phillipa Gaines, gestionnaire, Développement des systèmes de santé mentale		
Ontario Hospital Association	Dr Paul Garfinkel, président, Groupe de travail sur la santé mentale	31 mars 2004	5
Ressources humaines et Développement des compétences Canada	Bill Cameron, directeur général, Secrétariat national pour les sans-abri	29 avril 2004	7
	Marie-Chantal Girard, gestionnaire de la recherche stratégique, Secrétariat national pour les sans-abri		
Royaume-Uni, Gouvernement du <i>(par vidéoconférence)</i>	Anne Richardson, chef de la Direction des politiques en santé mentale, ministère de la Santé	6 mai 2004	8
	Adrian Sieff, chef de la Direction de la législation en matière de santé mentale		
Santé, Ministère de la de la Nouvelle Écosse	Dr James Millar, directeur exécutif, Santé mentale et services aux médecins	28 avril 2004	7
Secrétariat du Conseil du Trésor	Joan Arnold, directrice, Élaboration de la législation, Division des pensions	1er avril 2004	5
Service correctionnel du Canada	Larry Motiuk, directeur général, Recherches	29 avril 2004	7
	Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Services de santé de la Colombie-Britannique, Ministère des	Irene Clarkson, directrice exécutive, Santé mentale et toxicomanie	28 avril 2004	7
Six Nations Mental Health Services	Dre Cornelia Wieman, psychiatre	13 mai 2004	9
Société canadienne de psychologie	John Service, directeur exécutif	31 mars 2004	5
Société canadienne de schizophrénie	John Gray, président élu	12 mai 2004	9
Société pour les troubles de l'humeur du Canada	Phil Upshall, président	12 mai 2004	9
Université McGill <i>(par vidéoconférence)</i>	Dr Laurence Kirmayer, directeur, Division de la psychiatrie sociale et transculturelle, Département de psychiatrie	13 mai 2004	9
Université Simon Fraser <i>(par vidéoconférence)</i>	Margaret Jackson, directrice, Institut d'études en politiques de justice pénale	29 avril 2004	7
U.S. Campaign for Mental Health Reform	William Emmet, coordonnateur	1er avril 2004	
U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health <i>(par vidéoconférence)</i>	Michael Hogan, président	1er avril 2004	5

ANNEXE C:

**LISTE DES INDIVIDUS QUI ONT RÉPONDU À UNE LETTRE DU
COMITÉ AU SUJET DES PRIORITÉS POUR LA RÉFORME DANS
LE SECTEUR DE LA MALADIE MENTALE**

GROUPE CANADIEN DE RECHERCHE

Action cancer Manitoba	Harvey Max Chochinov, MD, PhD, MCRMC, titulaire d'une chaire de recherche du Canada en soins palliatifs, directeur de la Manitoba Palliative Care Research Unit d'Action cancer Manitoba
Hôpital Douglas, Centre de recherche de l'	Ashok Mall, MD, MCRMC, titulaire d'une chaire de recherche du Canada pour l'étude des premiers stades de la psychose, professeur en psychiatrie à l'Université McGill
Université Carleton	Dr Hymie Anisman, titulaire d'une chaire de recherche du Canada en neuroscience, chercheur supérieur attaché à la Fondation ontarienne de santé mentale
Université de l'Alberta	Glen B. Baker, PhD, DSc, professeur et titulaire d'une chaire de recherche du Canada en neurochimie et en développement de médicaments
Université du Manitoba, Faculté de médecine de l'	Brian J. Cox, docteur en psychiatrie, titulaire d'une chaire de recherche du Canada sur les troubles de l'humeur et sur les troubles anxieux, professeur agrégé de psychiatrie
Université McGill	Eric Fombonne, MD, MCRMC (Psych.), titulaire d'une chaire de recherche du Canada en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, professeur de psychiatrie à l'Université McGill, directeur du Département de pédopsychiatrie de l'Hôpital pour enfants de Montréal

DOYEN D'UNIVERSITÉ

Centre universitaire de santé McGill	Joel Paris, MD, professeur titulaire et directeur du Département de psychiatrie
Hôpital général de Kingston	Samuel K. Ludwin, MBB, Ch., MCRMC, vice-président du développement à la recherche
Université de l'Alberta	Dr L. Beauchamp, doyen de la Faculté d'éducation
Université de l'Ouest de l'Ontario	Dr Carol P. Herbert, doyen de la Faculté de médecine et d'art dentaire
Université de Sherbrooke	Pierre Labossière, ing., PhD, vice-recteur adjoint à la recherche

GROUPE RELATIF À LA MALADIE

CRSNG	Thomas A. Brzustowski, président
La Fondation ontarienne de la santé mentale	Howard Cappell, PhD, c. psych., directeur exécutif
Société canadienne de schizophrénie	Fred Dawe, président

INDUSTRIE

Eli Lilly Canada Inc.	Terry McCool, vice-président des Affaires générales de la société
GlaxoSmith Kline	Geoffrey Mitchinson, vice-président des Affaires publiques
Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada	Murray J. Elston, président
Merck Frosst Canada Ltée	André Marcheterre, président
Roche Pharmaceutiques	Ronnie Miller, président-directeur général

GROUPE D'ÉTHIQUE EN SANTÉ MENTALE

Armée du Salut - Territoire du Canada et des Bermudes	Glen Shepherd, colonel et secrétaire en chef
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas de l'Université McGill	Maurice Dongier, professeur en psychiatrie
Centre de toxicomanie et de santé mentale	Paul E. Garfinkel, MD, FRCP, président-directeur général
Hôpital St-Paul	Mark Miller, éthicien
Office régional de la santé de Winnipeg	Linda Hughes, présidente du Comité d'éthique en santé mentale de l'ORSW
St-Joseph's Health Care Centre du Parkwood Hospital de London	Maggie Gibson, PhD, psychologue du Programme des soins aux anciens combattants
Université de l'Alberta	Genevieve Gray, doyenne et professeure de la Faculté en soins infirmiers
Université de l'Alberta, Faculté des sciences infirmières et Centre John Dossetor d'éthique en santé de l'	Wendy Austin, inf. aut., titulaire d'une chaire de recherche du Canada
Université de la Colombie-Britannique	Peter D. McLean, PhD, professeur et directeur de l'Unité des troubles anxieux
Université de l'Ouest de l'Ontario	Nancy Feduk, adjointe exécutive au doyen de la Faculté de médecine et d'art dentaire
Université Queen's	J. Arboleda-Florèz, professeur et chef du Département de psychiatrie
Université York	David Shugarman, directeur

PRÉSIDENT D'UNIVERSITÉ

Institut de recherches en santé mentale de l'Université d'Ottawa	Zul Merali, PhD, président-directeur général
Université de Lethbridge	Lynn Basford, doyenne de la Faculté en sciences de la santé
Université McGill	Heather Munroe-Blum, professeure d'épidémiologie et de biostatistiques

RESPONSABILITÉ GOUVERNEMENTALE

Association canadienne de la santé mentale	Bonnie Pape, directrice des programmes et de la recherche au Bureau national de l'Association canadienne de la santé mentale
Cabinet du vice-recteur à la recherche de l'Université d'Ottawa	Yvonne Lefebvre, PhD, vice-présidente associée à la recherche
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas	Rémi Quirion, directeur scientifiques de l'INSMT
Centre universitaire de santé McGill	Juan C. Negrete, MD, MCRMC, professeur de psychiatrie à l'Université McGill, président de la Section des toxicomanies, de l'Association des psychiatres du Canada
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées	David K. Conn, MB, MCRMC, coprésident de l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique, professeur agrégé du Département de psychiatrie de l'Université de Toronto, président de l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées	J. Kenneth Le Clair, MD, MCRMC, coprésident de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, professeur et directeur de l'Unité de gériatrie du Département de psychiatrie de l'Université Queen's, directeur clinique du Programme spécialisé de psychiatrie gériatrique
Développement des ressources humaines Canada	Deborah Tunis, directrice générale du Bureau de la condition des personnes handicapées

The Family Council : Empowering Families in Addictions and Mental Health	Betty Miller, coordonnatrice du Family Council
Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, affiliée au Centre de toxicomanie et de santé mentale	Bill Wilkerson, cofondateur et directeur général
Hôpital d'Ottawa	Paul Roy, MD, MCRMC, professeur adjoint en psychiatrie à l'Université d'Ottawa, directeur du programme « Premier épisode pour les maladies psychotiques » d'Ottawa
Hôpital royal d'Ottawa	J. Paul Fedoroff, MD, professeur agrégé de psychiatrie à l'Université d'Ottawa, directeur de recherche au Service médico-légal de l'Institut de recherche en santé mentale
Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas	Michel Perreault, PhD, chercheur à l'Hôpital Douglas
Instituts de recherche en santé du Canada	Dr. Jeff Reading, PhD, directeur scientifique de l'Institut de la santé des Autochtones
Ministère de la Santé et du Mieux-Être du Nouveau-Brunswick	Ken Ross, sous-ministre adjoint
ONSA : Organisation nationale de la santé autochtone	Judith G. Bartlett, MD, CMFC
Six Nations Mental Health Services	Cornelia Wieman, MD, MCRMC, psychiatre
Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre de l'Université de Toronto	N. Herrmann, médecin, MCRMC
Syncrude	Eric P. Newell, président-directeur général
Unité de l'évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires du Département de psychiatrie de l'Université de la Colombie-Britannique	Elliot Goldner, MD, MScS, MCRMC, chef de la Division de la politique et des services de santé mentale

Université Dalhousie, Département de psychologie de l'	Patrick J. McGrath, OC, PhD, MSRC, titulaire de la chaire Killam de psychologie, professeur de pédiatrie et de psychiatrie, titulaire d'une chaire de recherche du Canada, psychologue au IWK Hospital
Université Dalhousie, Faculté de médecine de l'	David Zitner, PhD, directeur en informatique médicale
Université d'Ottawa, École de psychologie de l'	John Hunsley, PhD, c. psych., professeur en psychologie
Université d'Ottawa, Faculté de médecine de	Jacques Bradwejn, MD MCRMC, DABPN, président du Département de psychiatrie
Université McMaster	Docteur Richard P. Swinson, MD, MCRMC, titulaire de la chaire Morgan Firestone de psychiatrie et de neurosciences du comportement à l'Université McMaster, chef du Département de psychiatrie du St. Joseph's Healthcare Centre



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5



Available from:
PWGSC – Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Also available on the Internet: <http://www.parl.gc.ca>

Disponible auprès des:
TPGSC – Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Aussi disponible sur internet: <http://www.parl.gc.ca>



First Session
Thirty-eighth Parliament, 2004

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Tuesday, November 23, 2004

Issue No. 4
Volume 4 of 4

FIFTH REPORT OF THE COMMITTEE
*Mental Health, Mental Illness and Addiction:
Issues and Options for Canada
(Report 3)*

Première session de la
trente-huitième législature, 2004

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président :

L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mardi 23 novembre 2004

Fascicule n° 4
Volume 4 de 4

CINQUIÈME RAPPORT DU COMITÉ
*Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie :
Problèmes et options pour le Canada
(Rapport 3)*



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C.	Gill
(or Rompkey, P.C.)	Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(or Stratton)
Cordy	Morin
Fairbairn, P.C.	Pépin

*Ex officio members
(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Michael Kirby

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon
et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P.	Gill
(ou Rompkey, C.P.)	Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(ou Stratton)
Cordy	Morin
Fairbairn, C.P.	Pépin

* Membres d'office
(Quorum 4)

REPORT OF THE COMMITTEE

Tuesday, November 23, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to table its

FIFTH REPORT

Your Committee, which was authorized by the Senate on Thursday, October 7, 2004 to examine and report on issues concerning mental health and mental illness, now tables its third interim report entitled *Mental Health, Mental Illness and Addiction: Issues and Options for Canada*.

Respectfully submitted,

Le président,

MICHAEL KIRBY

Chair

RAPPORT DU COMITÉ

Le mardi 23 novembre 2004

Le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de déposer son

CINQUIÈME RAPPORT

Votre Comité, qui a été autorisé par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004 à examiner, pour en faire rapport, la santé mentale et la maladie mentale; dépose maintenant son troisième rapport provisoire intitulé *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : problèmes et options pour le Canada*.

Respectueusement soumis,

SENATE



SÉNAT

REPORT 3

Mental Health, Mental Illness and Addiction:

Issues and Options for Canada

**Interim Report of
The Standing Senate Committee On Social Affairs, Science And Technology**

**The Honourable Michael J.L. Kirby, Chair
The Honourable Wilbert Joseph Keon, Deputy Chair**

November 2004

TABLE OF CONTENTS

TABLE OF CONTENTS	I
ORDER OF REFERENCE.....	IV
SENATORS V	
INTRODUCTION.....	1
CHAPTER 1: DELIVERY OF SERVICES AND SUPPORTS	5
1.1 A PATIENT/CLIENT-CENTERED SYSTEM ORIENTED TOWARD RECOVERY AND WITH PERSONALIZED CARE PLANS.....	5
1.2 CULTURALLY APPROPRIATE DELIVERY OF SERVICES AND SUPPORTS	7
1.3 SYSTEM COORDINATION AND INTEGRATION WITH STRONG FOCUS ON COMMUNITY-BASED DELIVERY	7
1.4 EARLY DETECTION AND INTERVENTION	8
1.5 ENHANCING ACCESS	9
CHAPTER 2: SPECIFIC POPULATION GROUPS.....	11
2.1 CHILDREN AND ADOLESCENTS.....	11
2.2 ABORIGINAL PEOPLES.....	13
2.3 SENIORS.....	15
2.4 INDIVIDUALS WITH COMPLEX NEEDS	16
CHAPTER 3: THE WORKPLACE	19
3.1 EMPLOYERS	19
3.2 WORKERS' COMPENSATION BOARDS.....	21
3.3 FEDERAL INCOME SECURITY PROGRAMS	21
3.4 THE FEDERAL GOVERNMENT AS AN EMPLOYER	22
CHAPTER 4: SPECIFIC ISSUES	25
4.1 COMBATING STIGMA AND DISCRIMINATION	25
4.2 SUICIDE PREVENTION.....	27
CHAPTER 5: HUMAN RESOURCES	29

5.1	SUPPLY OF MENTAL HEALTH AND ADDICTION HUMAN RESOURCES.....	29
5.2	PRIMARY HEALTH CARE SECTOR.....	30
5.3	COMMUNITY SUPPORT WORKERS AND POLICE OFFICERS	32
5.4	SUPPORTING CAREGIVERS	33
CHAPTER 6: NATIONAL INFORMATION DATABASE, RESEARCH AND TECHNOLOGY		35
6.1	CANADIAN COMMUNITY HEALTH SURVEY	35
6.2	NATIONAL INFORMATION DATABASE.....	36
6.3	RESEARCH	36
6.3.1	Level of Funding.....	36
6.3.2	Knowledge Translation	38
6.3.3	Research Involving Human Subjects	39
6.3.4	A National Research Agenda	39
6.4	INFORMATION AND COMMUNICATIONS TECHNOLOGY	40
6.4.1	Electronic Health Records.....	40
6.4.2	Tele-Mental Health Services.....	41
6.4.3	Internet-Based Health Information Network.....	42
6.5	PRIVACY	43
CHAPTER 7: THE ROLE OF THE FEDERAL GOVERNMENT		47
7.1	DIRECT ROLE.....	47
7.2	INDIRECT ROLE.....	48
7.3	INTERGOVERNMENTAL COLLABORATION.....	50
7.4	NATIONAL ACTION PLAN	51
CHAPTER 8: FINANCING REFORM AND FOSTERING PERFORMANCE AND ACCOUNTABILITY.....		55
8.1	LEVEL OF FUNDING	55
8.2	DEDICATED FUNDING	57
8.3	PERFORMANCE AND ACCOUNTABILITY	57
CONCLUSION		59
APPENDIX A: LIST OF WITNESSES THIRD SESSION OF THE 37TH PARLIAMENT (FEBRUARY 2, 2004 – MAY 23, 2004)		I
APPENDIX B: LIST OF WITNESSES THE SECOND SESSION OF THE 37TH PARLIAMENT (SEPTEMBER 30, 2002 – NOVEMBER 12, 2003)		VII

**APPENDIX C: LIST OF INDIVIDUALS WHO RESPONDED TO A LETTER
FROM THE COMMITTEE ON PRIORITIES FOR ACTION ... XI**

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* for Thursday, October 7, 2004:

The Honourable Senator Kirby moved, seconded by the Honourable Losier-Cool:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the Committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

That the papers and evidence received and taken by the Committee on the study of mental health and mental illness in Canada in the Thirty-seventh Parliament be referred to the Committee; and

That the Committee submit its final report no later than December 16, 2005 and that the Committee retain all powers necessary to publicize the findings of the Committee until March 31, 2006.

The question being put on the motion, it was adopted.

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

The following Senators have participated in the study on the state of the health care system of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology:

The Honourable Michael J. L. Kirby, Chair of the Committee

The Honourable Wilbert Joseph Keon, Deputy Chair of the Committee

The Honourable Senators:

Catherine S. Callbeck

Ethel M. Cochrane

Joan Cook

Jane Mary Cordy

Joyce Fairbairn, P.C.

Aurélien Gill

Janis G. Johnson

Marjory LeBreton

Viola Léger

Yves Morin

Lucie Pépin

Brenda Robertson (retired)

Douglas Roche (retired)

Eileen Rossiter (retired)

Marilyn Trenholme Counsell

Ex-officio members of the Committee:

The Honourable Senators: Jack Austin P.C. or (William Rompkey) and Noël A. Kinsella or (Terrance Stratton)

Other Senators who have participated from time to time on this study:

The Honourable Senators Di Nino, Forrestall, Kinsella, Lynch-Staunton, Milne and Murray.

MENTAL HEALTH, MENTAL ILLNESS AND ADDICTION: ISSUES AND OPTIONS FOR CANADA

INTRODUCTION

The purpose of this paper is to outline the major issues facing the provision of mental health services and addiction treatment in Canada, to present potential policy options to address some of these issues, and to launch a public debate to enable Canadians to provide input on how the issues should be addressed.

Two companion reports are being released, along with this Issues and Options paper, that summarize the background material used in the preparation of this paper. The first, entitled *Mental Health, Mental Illness and Addiction: Overview of Policies and Programs in Canada*, presents an overview of mental health, mental illness and addiction policies and services in Canada.¹ The second, *Mental Health Policies and Programs in Selected Countries*, draws some lessons for mental health reform in Canada from descriptions of the mental health policies and programs in four selected countries: Australia, New Zealand, the United Kingdom and the United States.² The Committee encourages strongly respondents to review carefully the two companion reports when preparing their submissions to the Committee.

The policy issues, questions and options contained in this paper have been developed, in part, on the basis of information the Committee received from its public hearings. From February 2003 to May 2004, the Committee heard 104 witnesses and held 24 public hearings over a total of 55 hours. In addition, the Committee received 114 submissions and 43 letters. The Committee also commissioned two papers, one on research and the other on ethics. Moreover, the Committee has made extensive use of the academic and professional literature on mental health, mental illness and addiction.

The Committee is eager to receive the views of Canadians on what the most appropriate public policy responses should be to the matters raised in this Issues and Options paper, whether by a provincial/territorial government or the federal government. The Committee will hold public hearings throughout the country, during the period from February to June, 2005. Then, in November 2005, the Committee will publish its recommendations on how best to address the issues and questions raised.

This Issues and Options paper can be viewed as an executive summary of the findings and observations contained in the two companion reports. This paper cannot be read on its own without reference to the first and second reports. **Therefore, the Committee**

The Committee will hold public hearings throughout the country, during the period from February to June, 2005. Then, in November 2005, the Committee will publish its recommendations on how best to address the issues and questions raised.

¹ thereafter referred to as the "First Report" in this document.

² thereafter referred to as the "Second Report".

strongly encourages readers to refer to the appropriate sections of the first and second reports as they review the list of issues, questions and options contained in this report.

This report has been structured to reflect the perspective of patients/clients as its primary focus. For example, the discussion of service delivery issues is from the point of view of the individual receiving the service/support rather than from that of the institution or organization providing it. Similarly, the issues raised focus on the particular needs of specific population subgroups – children and adolescents, seniors, Aboriginal Canadians, individuals with complex mental health needs – rather than on specific mental disorders.

The report also deals with the services and supports required to meet adequately patient/client needs. It raises issues related to the appropriate public policy response to mental health human resources, primary health care reform, mental health research, and the use of technology (such as electronic patient records and telehealth).

Finally, the Issues and Options paper concludes with a series of questions about what the role of the federal and provincial/territorial governments should be in improving Canada's system of mental health and addiction treatment services. For example, what should the key elements of federal and provincial mental health, mental illness and addiction action plans be? How should progress on implementing such plans be monitored, and how should governments be held accountable for implementing their plans effectively and by whom? How should improvements in mental health services and addiction treatment be financed? If more funding is needed, how should any new funds be obtained and from what sources?

The Committee realizes that making recommendations is not enough! Implementation is essential if its work on mental health, mental illness and addiction is to be truly useful.

The Committee urges everyone interested in mental health, mental illness and addiction issues to participate in our forthcoming consultation phase, either by testifying during the period from February to June 2005, or by sending us a letter or a brief setting out your views. The quality of our final report and its recommendations, indeed the well-being of all individuals living with mental illness and addiction throughout Canada, depends on an open debate of the issues, questions and options presented in this paper and on the Committee receiving generous "feedback".

The Committee realizes that making recommendations is not enough! Implementation is essential if its work on mental health, mental illness and addiction is to be truly useful. We also recognize that no matter how intellectually sound they may be, reports that meet excessive resistance from vested interests will simply gather dust. Therefore, the Committee is particularly anxious to receive guidance on the practical issues associated with maximizing the chances of its recommendations being acted upon. Given the level of resistance to

The Committee understands fully that progress will be made only when a very large proportion of those involved in mental health, mental illness and addiction issues is prepared to make a meaningful contribution to change – including the way they each contribute to and participate in the "system".

change which exists in any large system, especially one that involves as many players as does mental health and addiction, producing recommendations on which action can and will be taken is difficult, yet it is a prime goal of the Committee. Having said that, the Committee understands fully that progress will be made only when a very large proportion of those involved in mental health, mental illness and addiction issues is prepared to make a meaningful contribution to change – including the way they each contribute to and participate in the “system”.

CHAPTER 1: DELIVERY OF SERVICES AND SUPPORTS

The Committee has in mind a mental health and addiction treatment system with two key characteristics: it is patient-centered and is focused on recovery. It tailors services to meet the needs of individual patients/clients in a culturally appropriate manner. It provides early diagnosis and treatment to individuals soon after the onset of the mental illness and addiction.

It is also a seamless system in which services and supports are accessible, of high quality, and are well coordinated and integrated. In this system, the silo approach that currently dominates the provision of mental health services and addiction treatment (and too much of the health care “system” generally) is completely disbanded.

1.1 A PATIENT/CLIENT-CENTERED SYSTEM ORIENTED TOWARD RECOVERY AND WITH PERSONALIZED CARE PLANS

A major criticism of mental health services and supports and addiction treatment in Canada is that it is largely organized around (and often for the convenience of) providers, not patients/clients. Rather than the system adapting to meet their needs, it seems that individuals with mental illness and addiction are expected to adapt to fit into the system and access services and supports only when and where the system can provide them.³

A major criticism of mental health services and supports and addiction treatment in Canada is that it is largely organized around (and often for the convenience of) providers, not patients/clients.

This rather damning observation is confirmed in several provincial reports that have acknowledged that the delivery of mental health services and supports and addiction treatment needs to be more strongly person-oriented. To improve the quality of patients’/clients’ lives, safe, timely and effective treatments, services and supports should be coordinated around the needs of individuals with mental illness and addiction.⁴

Our international comparative analysis showed that in other countries changes have been made to the mental health/addiction system to make them more patient/client centred.⁵ For example, personalized care plans that focus strongly on recovery have been introduced in some countries for every individual with severe mental disorders.

Providing services and supports that are tailored to meet individual needs is fundamental to recovery.

³ First Report, Chapter 8.

⁴ First Report, Chapter 8, Section 8.2.1.

⁵ Second Report, Chapter 5, Section 5.7.

Providing services and supports that are tailored to meet individual needs is fundamental to recovery. Personalized care plans provide a detailed description of the particular services and supports individuals with mental illness and addiction need to achieve and maintain recovery; they are responsive to the changing needs of patients/clients as they evolve during the course of an illness and throughout the individual's lifespan.⁶ Funding for implementation of personalized care plans usually follows the patient/client. Individuals who need multiple services and supports and/or their families should not have to bear the burden of coordination and access to services (as they largely do now); that burden should be shared by the providers of the necessary services and supports.

The Committee has become convinced that the *status quo* is not an option. What, then, is necessary to make the mental health/addiction system more patient/client oriented? Should it go all the way to personalized care plans, and if so, for which types of patients/clients? What types of information should these plans contain, that is, what should be the content of such a plan?

The Committee has become convinced that the *status quo* is not an option. What, then, is necessary to make the mental health/addiction system more patient/client oriented?

What changes are needed in the current service delivery structure to implement personalized care plans for individuals with mental illness and addiction? Who should coordinate the implementation of the personalized care plan for each patient/client?

Would changing the method of remunerating individual and institutional providers to one in which the money follows the patient/client provide an incentive sufficiently strong to achieve a system of truly patient/client oriented mental health and addiction services and supports? If so, what changes are necessary to implement such a new

What are the incentives and how should they be introduced into the system to stimulate the changes required to make the system truly patient/client oriented?

funding/remuneration system? If not, what are the incentives and how should they be introduced into the system to stimulate the changes required to make the system truly patient/client oriented? More generally, what would be the implications of having "the money following the patient"?

Moreover, in its first report, the Committee noted that decision-making capacity of those suffering from mental illness and addiction may be impaired to varying degrees and at different times.⁷ Accordingly, how can a patient/client oriented system ensure an appropriate balance between the rights of individuals with severe mental disorders and the role of society in caring compassionately for them while also protecting itself? Do the current disparities found in mental health legislation across the provinces and territories require formal review so as to achieve a more uniform, national, legislative framework?

⁶ First Report, Chapter 4, Section 4.9.

⁷ First report, Chapter 8 (Section 8.3) and Chapter 11 (Section 11.2).

1.2 CULTURALLY APPROPRIATE DELIVERY OF SERVICES AND SUPPORTS

Some population groups in Canada encounter specific access problems and receive services of diminished quality due to cultural, linguistic and geographical barriers. They include Aboriginal peoples, individuals from culturally and linguistically diverse backgrounds, and people living in rural and remote areas. The absence of culturally appropriate services and supports has had a strong negative impact on many individuals.

Increasingly Canadians come from different cultural and linguistic backgrounds. What mechanisms must be put in place to deliver services and supports in a culturally appropriate manner? Is there a specific role for the federal government, given its responsibility for the promotion of multiculturalism? In addition, what are the views of Canadians from official language minorities with respect to their access to the mental health/addiction system? What can the federal government do to help ensure that language is not barrier to receiving needed care? [The federal government's role with respect to the provision of mental health services and addiction treatment to Aboriginal communities is addressed in more detail in Chapter 2 (Section 2.2) and Chapter 7 (Section 7.1) of this report.]

Increasingly Canadians come from different cultural and linguistic backgrounds. What mechanisms must be put in place to deliver services and supports in a culturally appropriate manner?

1.3 SYSTEM COORDINATION AND INTEGRATION WITH STRONG FOCUS ON COMMUNITY-BASED DELIVERY

Individuals with mental illness and addiction often feel bewildered and overwhelmed when they must not only access services and supports, but also integrate for themselves mental health care, addiction treatment, support services (housing, education, etc.), and disability benefits across multiple, disconnected programs that span federal, provincial and regional agencies, as well as several nongovernmental organizations.⁸ How can the burden of coordinating and integrating services and supports be shared equitably between the system itself and affected individuals and their families?

How can the burden of coordinating and integrating services and supports be shifted to the system itself and away from affected individuals and their families?

Reforming the silo approach that currently dominates the provision of mental health services and addiction treatment so that seamless service delivery is provided would require many existing service delivery organizations to give up their autonomy. What tools could be used to put a seamless system of mental health services and supports and addiction treatment in place? What incentives are needed to overcome the difficulties associated with getting existing organizations to work together – to give up their autonomy in favour of interdependence? There appears to be significant duplication and overlap among the great

⁸ First Report, Chapter 8, Section 8.2.1.

number of NGOs delivering services and supports to individuals with mental illness and addiction; how can this problem be eliminated?

What incentives are needed to overcome the difficulties associated with getting existing organizations to work together – to give up their autonomy in favour of interdependence?

What is the best way of integrating addiction services and programs into a genuine system of mental health services? How can mental health/addiction services be best coordinated with other more broadly defined social sector “silos” (housing, education, employment, income support, etc.)? Other than top down command-and-control, what incentives are there available to speed up the changes needed in the mental health/addiction system? Should increased connectiveness between different programs and administrative structures be achieved informally through positive relationships, or formally through Memorandums of Understanding or service agreements? When beginning systemic integration, which community services and supports should be given priority? Are localized pilot projects a good idea?

There are many such questions as yet unanswered. How can Canada develop and adopt clear descriptions of the roles and responsibilities of the various organizations involved in the delivery of mental health services and supports and addiction treatment? In particular, what should be the roles and responsibilities of the federal government, the provincial/territorial governments, regional health authorities, various provincial government ministries and agencies (health, education, social services, housing, justice, welfare, etc.), mental health providers, nongovernmental organizations, self-help groups, etc.?

How should public funding be allocated to encourage collaboration between and within the addiction and mental health fields? What form of funding would provide the most appropriate and effective incentives to achieve this objective? Which type of funding or mechanism could help achieve better coordination between the mental health/addiction system and the broader social system? [The issue of funding is addressed in detail later in Chapter 8 (Sections 8.1 and 8.2) of this report.]

How should public funding be allocated to encourage collaboration between and within the addiction and mental health fields? What form of funding would provide the most appropriate and effective incentives to achieve this objective?

1.4 EARLY DETECTION AND INTERVENTION

Early intervention is fundamental to arrest progression towards full-blown disease; it is important also in controlling symptoms and improving outcomes. The earlier the initiation of a proper course of treatment, the better the patient’s/client’s prognosis.⁹

Important in all age groups, early intervention is particularly important in children and adolescents. The onset of most adult mental disorders occurs during adolescence and young

⁹ First Report, Chapter 8, Section 8.2.7.

adulthood when early intervention can significantly reduce disruptions to an individual's educational, occupational, and social development. Gains made at this time often have lifelong impact.

To put more emphasis on early detection of and intervention in mental disorders among children and adolescents, what would be required in terms of: school mental health programs, mental health screening for high school aged children, and screening for dual diagnosis and concurrent disorders? What changes must be made to the health care system, the mental health/addiction system, the education system, and the broader social service system to facilitate early intervention? [Children's and adolescents' issues are addressed in greater detail in Chapter 2 (Section 2.1) of this report.]

To put more emphasis on early detection of and intervention in mental disorders among children and adolescents, what would be required in terms of: school mental health programs, mental health screening for high school aged children, and screening for dual diagnosis and concurrent disorders?

Early detection and intervention should also be viewed through the lenses of a population health perspective. Improving the social conditions that we know are necessary for overall good mental health (e.g. healthy physical and social environments, strong coping skills, etc.) is essential to support positive mental health and recovery from mental disorders. This includes addressing the root causes of mental illness and addiction through public policy with respect to poverty, homelessness, education, etc., and the need to develop community capacity to deal adequately with these issues.

What role should the federal government play in the development and implementation of a population health approach aimed at the mental health of Canadians? Which federal departments should be involved? How can the federal government encourage the provinces/territories and other stakeholders to collaborate closely in addressing the root causes of mental illness and addiction?

1.5 ENHANCING ACCESS

Despite the efforts by all provinces and territories to improve the delivery of mental health services/supports and addiction treatment, a majority of Canadians suffering from mental disorders still do not seek and receive professional help. The Canadian Community Health Survey (CCHS) recently done by Statistics Canada showed that only 32% of individuals with mental illness and addiction saw or talked to a health professional (either a psychiatrist, a family physician, a medical specialist, a psychologist, a social worker or a nurse) during the 12 months prior to the survey.¹⁰

What could be done to improve this situation? One possibility is to establish a patient charter that would set standards for access to mental health services in primary health care, specialized mental health services and acute care. The Champlain District Mental Health Implementation Task Force (2002) in Ontario recommended the creation of a "Provincial

¹⁰ First Report, Chapter 8, Section 8.2.6.

Mental Health Patients' Charter of Rights". Others have suggested some form of "mental health equitable act", legislation intended to bridge the gap between physical illnesses and mental disorders in terms of the services provided and their public funding. Still, others have advocated appointing "mental health advocates", officials who individuals having difficulty accessing needed mental health services and supports could contact for assistance. A mental health advocate existed for some time in British Columbia, but the position was eliminated when the Ministry of State for mental illness and addiction was created.¹¹ The Committee invites the views of readers on this set of options or others that might be pursued.

In its report of October 2002, the Committee recommended the establishment of a Health Care Guarantee along with a maximum needs-based waiting time set for primary health care consultations, specialist referrals, diagnostic tests and surgery.¹² In the current context of defining acceptable waiting times for access to health services, is there a need to set national standards with regard to access to mental health services and addiction treatment?

In the current context of defining acceptable waiting times for access to health services, is there a need to set national standards with regard to access to mental health services and addiction treatment?

Clearly, input from patients/clients will be needed increasingly as changes to the mental health/addiction system are developed and implemented. In the meantime, should the federal government (and each provincial/territorial government) establish a mental health/addiction advisory committee that is representative of the wide range of individuals with mental illness and addiction to facilitate the development of a patient-oriented system? If some other mechanism is preferable, what should that mechanism be?

Should the federal government (and each provincial/territorial government) establish a mental health/addiction advisory committee that is representative of the wide range of individuals with mental illness and addiction to facilitate the development of a patient-oriented system?

¹¹ *Ibid.*

¹² *Recommendations for Reform*, October 2002, Chapter 6.

CHAPTER 2: SPECIFIC POPULATION GROUPS

The Committee has been convinced of the applicability of the adage “one size does not fit all”. Individuals with mental illness and addiction are not homogenous. They are individual persons, each unique as all persons are; they should be respected as such. But they can be categorized to fall roughly within a number of population sub-groups, each with its own particular challenges and service delivery needs: children and adolescents, Aboriginal peoples, seniors, and individuals with especially complex needs, just to name a few.

2.1 CHILDREN AND ADOLESCENTS

As indicated in our first report, the overall prevalence of mental illness in Canadian children and adolescents, at any given point in time, is about 15%. This translates into approximately 1.2 million children and adolescents who experience at any point in time mental illness and/or addiction of sufficient severity to cause significant distress and impaired functioning. The most common mental illnesses among children and adolescents are anxiety (6.5%), conduct (3.3%), attention deficit (3.3%), depressive (2.1%), substance use (0.8%), and autism and other pervasive developmental disorders (0.3%).¹³

There is considerable dissatisfaction in most jurisdictions with the existing delivery of children and adolescent services. Child and adolescent mental health services and supports have been called the “orphan’s orphan” of the health care system, a term that has its origin in the frequent reference to mental health as the “orphan” of the Canadian health care system.

Child and adolescent mental health services and supports have been called the “orphan’s orphan” of the health care system, a term that has its origin in the frequent reference to mental health as the “orphan” of the Canadian health care system.

At the provincial/territorial level, the delivery of mental health services to children and adolescents is highly fragmented and uncoordinated; usually a variety of departments and agencies (e.g., mental health, primary health care, hospitals, child welfare, schools, young offender, addiction services, and special education services) is involved. Compounding the problem, most mental health policies and programs have largely focussed primarily on the adult population; consequently, services for children and adolescents have developed slowly and only as an adjunct to adult programs.

How can we best achieve a seamless, well coordinated, network of services and supports to address the prevalence of mental disorders among children and adolescents building on the current layering of multiple, well intentioned but uncoordinated programs? What specific measures need to be adopted in order to foster the mental

How can we best achieve a seamless, well coordinated, network of services and supports to address the prevalence of mental disorders among children and adolescents?

¹³ First Report, Chapter 5, Section 5.1.2.

health of children and adolescents? Should the first step be for the various governmental departments and agencies to develop, in collaboration with other stakeholders, an inter-ministerial strategy for children and adolescent mental health? Subsequently, should formal protocols be developed and implemented to ensure effective collaboration and communication among the various players? Should each provincial government establish an agency or department with prime responsibility for children and adolescent mental health?

A number of provinces – such as Alberta, British Columbia and Prince Edward Island – have implemented specific mental health strategies for children. What can be learned from provincial initiatives? Are there particular provincial/territorial or regional models that the Committee should examine?

The value of providing mental health services within the school setting is intuitively apparent. Schools offer familiar environments to intervene with children and adolescents with mental health problems and in many jurisdictions are recognized as key players in the provision of mental health services and supports. What services and supports could be provided in an efficient and cost-effective manner in the school system?

What services and supports could be provided in an efficient and cost-effective manner in the school system?

Mental health services and supports for children and adolescents are not easy to find in most communities. When services are available, usually there are long waiting lists for access to service. It is clear that in most communities service capacity must be increased to provide a basic level of accessible services. The Committee was advised that when appropriate, services should be delivered in places where children, adolescents and their families spend most of their time (e.g., schools and homes) and at appropriately flexible times of day. This raises a series of further questions. How much funding is needed to increase capacity? How serious are the shortages of professionals in the field of children and adolescent mental health? Should more training in the early detection of mental disorders in children and adolescents be provided to primary health care providers and educational personnel? Should researchers in mental health devote more attention and resources to issues affecting children and adolescents?

Should researchers in mental health devote more attention and resources to issues affecting children and adolescents?

The Committee heard about the specific mental health care needs of those making the transition from adolescence to adulthood. In particular, the question of the general interface between systems and services set up for children and adolescents and those established for adults was raised. On the one hand, the need for mental health services and supports will likely continue following an adolescent's 18th birthday; children and adolescent mental health services, however, are generally no longer accessible when he/she turns 18. On the other, the period of transition from childhood to adulthood can be difficult, and requirements for mental health services and supports may actually increase rather than decrease during this important developmental period. How can the various systems work in an integrated, collaborative and timely manner to prepare and plan for adolescents experiencing the

Should new programs and services be developed to facilitate the transition to adult mental health services delivery programs?

transition into adulthood? Should new programs and services be developed to facilitate the transition to adult mental health services delivery programs?

2.2 ABORIGINAL PEOPLES

As noted in our first companion report, Aboriginal peoples are defined in the *Constitution Act*, 1982 (section 35) as the “Indian, Inuit and Métis peoples of Canada.” Despite this broad constitutional definition, the federal government currently assumes responsibility only for Indian peoples residing on-reserve and specified Inuit populations. At present, Health Canada and Indian and Northern Affairs Canada are the two major federal departments that provide health care, mental health services, addiction treatment and social services and supports to First Nations on reserve and Inuit people.¹⁴

The provincial and territorial governments are responsible for Aboriginal peoples living off-reserve, including the Métis and non-status Indians who have access to programs and services on the same basis as other provincial residents. The multifaceted nature of the Aboriginal population in combination with these jurisdictional divisions in Canada, have created serious barriers to the establishment of a comprehensive plan for dealing with mental health, mental illness and addiction among Aboriginal Canadians.¹⁵

The multifaceted nature of the Aboriginal population in combination with these jurisdictional divisions in Canada, have created serious barriers to the establishment of a comprehensive plan for dealing with mental health, mental illness and addiction among Aboriginal Canadians.

Although data on the prevalence of psychiatric disorders among Aboriginal peoples are quite limited, there is consensus in the literature that Aboriginal communities suffer significantly higher rates of mental illness, addiction and suicidal behaviour than the general population. Moreover, the prevalence rates of foetal alcohol syndrome/foetal alcohol effects (FAS/FAE) in some Aboriginal communities are higher than the national average.¹⁶

While many of the causes of mental illness, addiction and suicidal behaviour in Aboriginal and non-Aboriginal communities may be similar, there are added cultural factors in Aboriginal communities that affect individual decision-making and suicidal ideation.

Experts in the field suggest that, while many of the causes of mental illness, addiction and suicidal behaviour in Aboriginal and non-Aboriginal communities may be similar, there are added cultural factors in Aboriginal communities that affect individual decision-making and suicidal ideation. These cultural factors include past government policies, creation of the reserve system, the change from an active to a sedentary lifestyle, the impact of residential schools, racism, marginalization and the projection of an inferior self-image.¹⁷

¹⁴ First Report, Chapter 9, Section 9.2.1.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ First Report, Chapter 5, Section 5.3.1.

¹⁷ *Ibid.*

Several issues bear directly on the provision of mental health services and addiction treatment to Aboriginal communities:

- First, the system is highly fragmented. Services and supports are provided by different levels of government, different departments, and/or various departmental directorates or divisions, all without much collaboration. This fragmentation is illustrated by the current practice of isolating symptomatic problems – addiction, suicide, FAS/FAE, poor housing, lack of employment, etc. – and designing stand-alone programs to try to manage each one separately.
- Second, the habits of dependency have been fostered for a long time. Government departments must delegate to Aboriginal communities the authority to customize services and react flexibly to local circumstances. In other words, Aboriginal peoples should be supported in the development of their own solutions, rather than having solutions imposed on or provided for them. Such a change would foster the development of more culturally appropriate, and therefore effective, services and supports.
- Third, there is a critical shortage of adequately trained Aboriginal mental health and addiction professionals. For example, there are only 4 Aboriginal psychiatrists in Canada.
- Finally, some provinces have integrated Aboriginal issues with their province-wide mental health strategies. In those circumstances, federal programs for Aboriginal mental health on or off reserve should be harmonized with the provincial mental health plans and implementation strategies.

Aboriginal peoples should be supported in the development of their own solutions, rather than having solutions imposed on or provided for them. Such a change would foster the development of more culturally appropriate, and therefore effective, services and supports.

What should be the top priorities for the federal government as it starts the process of changing the way it delivers mental health services and addiction treatment to Aboriginal Canadians?

What would be the most appropriate structures to ensure that Aboriginal peoples have adequate input into the design of services they need? How

can the federal government organize itself to deliver those services most efficiently and effectively? Should the federal government offer financial incentives to encourage Aboriginal Canadians to train to become mental health workers?

What should be the top priorities for the federal government as it starts the process of changing the way it delivers mental health services and addiction treatment to Aboriginal Canadians?

Perhaps more importantly, given unnecessary and expensive duplication of uncoordinated programs, who should take responsibility for carrying out an environmental scan to determine what programs exist and identify duplication among governments, departments and organizations, significant gaps in programming, and how best to maximize the effective use of available resources?

2.3 SENIORS

Experts in the field contend that, with the rapid growth of the aging population, there will be an unprecedented demand on the system's current capacity to address seniors' mental health needs. Depression, dementia, delusional disorders and delirium are the most common mental illnesses among senior Canadians. The incidence of mental disorders in seniors in long term care settings and nursing homes is much higher than in the general population. The incidence of suicide among men 80 years of age or older is the highest of all age groups.¹⁸

Seniors with mental illness and addiction are a particularly vulnerable segment of the population with unique health needs. Many seniors mistakenly believe that mental health problems, such as depression or cognitive impairment, are part of the normal aging process and that no effective treatments are available. Mental illnesses in seniors may be confused or masked by other co-morbidity and concurrent disorders that can make accurate diagnosis and treatment of mental illness particularly difficult.

Seniors with mental illness and addiction are a particularly vulnerable segment of the population with unique health needs.

All this highlights the need for health care providers who are specialized in the care of seniors with mental health disorders, including those who reside in institutional settings. This raises the question as to whether the curriculum in faculties of medicine and nursing schools should be revised so as to provide additional education and training in the mental health needs of seniors.

This raises the question as to whether the curriculum in faculties of medicine and nursing schools should be revised so as to provide additional education and training in the mental health needs of seniors.

The Committee was told that current service delivery models do not meet the complex and ever changing mental health needs of seniors. Again, the lack of coordination among service providers compounds effective approaches to more appropriate and effective assessment, treatment and prevention of mental illness. Are there particular issues that impede the coordination and integration of needed services and supports needed by seniors?

Are there particular issues that impede the coordination and integration of needed services and supports needed by seniors?

There is limited published research specifically addressing best practices in mental health for seniors and the pressing need for the development of sophisticated, feasible, validated best practice guidelines to guide professionals who must manage simultaneously multiple mental illnesses together with physical problems in aging Canadians. Who should take responsibility for developing these best practices guidelines?

¹⁸ First Report, Chapter 5, Section 5.1.3.

There is also a need to provide a coordinated range of supports to the family caregivers of seniors with mental disorders; the economic value of those support services is enormous. Currently, the support provided to family caregivers is very limited, usually insufficient to be of much help and is geared primarily to the needs of the affected family member, not to the needs of the caregiver.

What could the federal government do to alleviate the burden that now falls on the shoulders of thousands of family caregivers? What support services do caregivers need? Should the federal government consider adjusting the Canada Pension Plan, the Employment Insurance program and the Canada Labour Code to accommodate the needs of individuals who leave the workforce to provide care to a parent suffering from severe mental illness? How much would such changes cost? Are the current federal tax provisions adequate to compensate informal caregivers for the time and resources they provide?

What could the federal government do to alleviate the burden that now falls on the shoulders of thousands of family caregivers?

Similarly, what are the needs of elderly parents who are the primary caregivers of adult children with mental illness and addiction? What type of support (financial, respite) do these senior caregivers need?

What are the needs of elderly parents who are the primary caregivers of adult children with mental illness and addiction?

2.4 INDIVIDUALS WITH COMPLEX NEEDS

Canadians with complex mental health needs include individuals suffering from concurrent disorders (mental illness and addiction) and dual diagnosis (mental illness and developmental disability), as well as some homeless people and some inmates. Systematic approaches and effective assessment tools to identify better this population are lacking and, because they are often inappropriately identified, many individuals fail to receive proper care.

Those with concurrent disorders and dual diagnosis need help and services from several sectors – mental health, addiction, health care, education, and social services. Again, it is essential to integrate mental health services with addiction treatment services as well as the developmental and mental health sectors. The Committee is anxious to obtain the opinion of Canadians on the set of issues and options related to concurrent disorders and dual diagnosis that need to be addressed.

The Committee is anxious to obtain the opinion of Canadians on the set of issues and options related to concurrent disorders and dual diagnosis that need to be addressed.

Mental illnesses and substance use disorders are more prevalent among homeless people and inmates than in the general population; their prevalence among these segments of the Canadian population is growing. Improving access to the

With respect to the specific mental health needs of homeless individuals, we would like to hear Canadians' views on the issues and options that need to be addressed.

services and supports these individuals need requires inter-jurisdictional collaboration.

The Committee addresses the issues and options related to the mental health needs of federal inmates in Chapter 7 of this report. With respect to the specific mental health needs of homeless individuals, we would like to hear Canadians' views on the issues and options that need to be addressed. For example, what role can the federal government play in the context of the National Homelessness Initiative?

CHAPTER 3: THE WORKPLACE

Two main factors make mental illness and addiction a critical workplace issue. First, mental disorders usually strike younger workers and second, many mental illnesses are both chronic and cyclical in nature, requiring treatment on and off for many years. Given the economic costs associated with these disorders – primarily those of absenteeism and lost productivity – it is essential that employers and governments join forces to address this issue on an urgent basis.

3.1 EMPLOYERS

Employers can play a vital role in dealing with mental illness and addiction among workers, in terms of disability management, accommodation policy and return-to-work programs. The global economy, in which information and innovation have become the keys to competitive success, requires skilled, motivated, reliable workers. Human capital – the motivation, knowledge, perspective, judgement, the ability to communicate, share ideas and to make and maintain strong relationships – drives competitiveness in the global economy.¹⁹

Employers can play a vital role in dealing with mental illness and addiction among workers, in terms of disability management, accommodation policy and return-to-work programs.

With respect to employer-sponsored disability insurance plans, the Committee is concerned with three specific issues. First, all corporations should conduct a review of their short-term and long-term disability claims in order to assess the prevalence of mental illness and addiction in their organizations. Second, employers should review the type and extent of disability coverage offered and their effect on the duration of claims in order to design optimally effective employer-sponsored disability insurance plan. And third, employers, managers and insurers must become more knowledgeable about mental illness and addiction.²⁰

Large employers usually sponsor employee assistance programs (EAPs) which pay for (usually a limited number of) counselling sessions for their workers. EAP programs are designed to assist the employee in dealing with a variety of workplace problems. The Committee was told that EAPs need revision to address better the needs of employees dealing with mental illness and addiction; most do not provide sufficient therapeutic sessions to address mental illness and addiction effectively.²¹

The Committee was also told that employers need to take steps to accommodate individuals with mental illness and addiction in their workplaces. Such accommodation refers to “any

¹⁹ First Report, Chapter 6, Section 6.5.

²⁰ First Report, Chapter 6, Section 6.4.1.

²¹ First Report, Chapter 6, Section 6.5.1.

modification of the workplace, or the workplace procedures, that make it possible for a person with special needs to do a job.” Permitting someone with a mental disorder to work flexible hours, for example, provides access to employment as a ramp does for an individual in a wheelchair. The needs of an employee returning to work following a bout of mental illness may be quite different from those of an employee returning after back surgery. Existing return-to-work arrangements should be reviewed and revised to address those different needs.²²

An organization’s internal culture can make a huge difference to how mental illness and addiction are approached in the workplace. How can employers help to enhance the level of awareness about mental illness and addiction throughout their organizations? Perhaps more importantly, what can be done to enhance the knowledge of employers and managers about mental illness and addiction and their ability to help employees living with these disorders?

What can be done to enhance the knowledge of employers and managers about mental illness and addiction and their ability to help employees living with these disorders?

The Committee was informed that employers in some companies and institutions – such as Alcan Inc., the Canadian Imperial Bank of Commerce and Dofasco Inc. to name a few – are devoting more attention to mental health and addiction problems in the workplace with great success. Are there other success stories the Committee should hear about? What should be done to increase awareness about these company leaders’ knowledge and experience?

Many Canadians have supplementary employer-sponsored health care insurance that covers an element of mental health care. How adequate are the levels of coverage in private health care insurance plans? Do they need to be expanded and, if so, in what areas of mental health is the expansion most needed? What specific changes in policy are required to ensure that disability insurance is not a disincentive for someone affected by mental illness or addiction to return to work? What would motivate employers best to devote more attention to improving access to treatment and rehabilitation services for workers through their EAPs?

What would motivate employers best to devote more attention to improving access to treatment and rehabilitation services for workers through their EAPs?

How can employers most effectively provide work flexibility and otherwise accommodate employees who suffer from a mental disorder? What steps should they take to remedy workplace situations that impact detrimentally on all employees, and especially on those affected by mental illness and addiction?

Are there specific suggestions/ideas for policies that would encourage businesses to employ individuals with mental illness and addiction, even if only on a part-time basis? In particular, are there programs that could be targeted specifically to adolescents disadvantaged by having

²² First Report, Chapter 6, Section 6.5.2.

little education and no specific skill sets in addition to their mental illness that would enable them to get a job?

The Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health has proposed a twelve-step program to defeat mental illness and addiction at work.²³ What is the evidence that this program works? If it does work well, what can governments do to encourage companies to adopt it? Should the federal government, in conjunction with the Roundtable, establish a joint working group to encourage its adoption?

Are there programs that could be targeted specifically to adolescents disadvantaged by having little education and no specific skill sets in addition to their mental illness that would enable them to get a job?

3.2 WORKERS' COMPENSATION BOARDS

In all provinces and territories, Workers' Compensation Boards (WCBs) receive an increasing number of claims related to mental health related (referred to as "occupational stress"); in a growing number of cases, they have provided compensation for such claims. A major issue raised with respect to compensation under WCBs concerns the fact that it is more difficult to prove the genesis of a mental disorder than it is of a physical illness. As a result, some WCBs are reluctant to provide mental health related disability benefits. They and affected workers are left to wrestle with the question of the extent to which disability benefits related to mental disorders should be paid for by worker's compensation versus health care insurance.²⁴ How can uniformity be achieved among the various WCBs in relation to mental illness and addiction? Should WCBs' policies with respect to mental health related claims be reviewed and by whom? What role should the Association of Workers' Compensation Boards of Canada play in bringing a national perspective to needed research and harmonization of benefit provisions?

How can uniformity be achieved among the various WCBs in relation to mental illness and addiction? Should WCBs' policies with respect to mental health related claims be reviewed and by whom?

3.3 FEDERAL INCOME SECURITY PROGRAMS

The Committee was told about the need to review the Canada Pension Plan Disability Program (CPP(D)) and the Employment Insurance (EI) program in order to take into account the unpredictable and frequently cyclical nature of mental disorders.²⁵

With respect to CPP(D), some individuals with mental disorders may not be eligible because of an insufficiently long employment history (contributions must have been paid in four out of the last six years). The Committee was advised that applicants must accept the designation of "permanently unemployable" to qualify for CPP(D) disability benefits. Many

²³ First Report, Chapter 6, Table 6.3.

²⁴ First Report, Chapter 6, Section 6.4.2.

²⁵ First Report, Chapter 6, Section 6.4.3.

individuals with mental disorders can work, but often only on a part-time basis. In addition, over 66% of individuals with mental illness and addiction are denied their initial application for eligibility and two-thirds of them do not appeal or re-apply.

Should the federal government change the CPP(D) in order to provide partial or reduced rather than full benefits to enable individuals with mental disorders to retain a portion of their benefits while still working part-time? Should CPP(D) staff members receive training to increase their awareness of mental illness and addiction? What other changes are needed so that CPP(D) can deal more equitably with workers suffering from mental illness and addiction?

Should the federal government change the CPP(D) in order to provide partial or reduced rather than full benefits to enable individuals with mental disorders to retain a portion of their benefits while still working part-time?

With respect to EI, employees who are dismissed because of “misconduct” or quit “without just cause” are not eligible for EI benefits. Due to the associated stigma, individuals with mental illness in the workplace often conceal their illness. When they experience difficulty on the job, they may be fired or may quit under the influence of their illness, but are not in a position to claim EI benefits because they have not disclosed their illness previously. Also, when a person applies for EI sickness benefits, he/she is required to obtain a medical certificate indicating how long the illness is expected to last. The unpredictable nature of mental illness makes it difficult to provide this kind of medical information.

What changes should be made to EI with respect to the way the program serves individuals with mental illness and addiction? For example, should individuals subsequent to leaving employment be found to be affected by mental illness and addiction be exempted from the requirement to fulfill the total number of insurable hours now required for eligibility? What other possible changes should the federal government consider?

What changes should be made to EI with respect to the way the program serves individuals with mental illness and addiction?

Some have suggested to the Committee that the federal government should find ways to share more equitably with employers the costs associated with mental illness and addiction in the workplace.²⁶ What mechanisms could be used to develop the basis of such cost sharing and to implement it?

3.4 THE FEDERAL GOVERNMENT AS AN EMPLOYER

The federal government is a major employer. In its role as the employer of the federal public service, Treasury Board oversees the health care benefits available to public servants under the Public Service Health Care Plan and the Disability Insurance Plan. These assure a reasonable level of income during periods of long term physical or mental disability. In

²⁶ First Report, Chapter 6, Section 6.6.

addition, Health Canada is mandated to provide occupational health and safety services to federal employees, including Employee Assistance Programs.²⁷

The Committee invites the views of federal employees and their representatives on the quality and effectiveness of federal efforts in promoting mental health and preventing mental disability among public servants.

How effective is the federal government as an employer in accommodating individuals with mental illness and addiction? How good are its return-to-work policies? What needs to be improved so that the federal government can lead by example in its role of employer?

How effective is the federal government as an employer in accommodating individuals with mental illness and addiction? What needs to be improved so that the federal government can lead by example in its role of employer?

²⁷ First Report, Chapter 9, Sections 9.2.9 and 9.2.10.

4.1 COMBATING STIGMA AND DISCRIMINATION

The Committee considers the problem of the stigmatization of, and discrimination against, individuals with mental illness and addiction to be of enormous importance.

Stigmatization and discrimination affect individuals with mental illness and addiction in many ways. They are routinely excluded from social life and can even be denied a variety of civil rights others take for granted. They are often denied basic rights in housing, employment, income, insurance, higher education, criminal justice, and parenting.

Individuals with mental illness and addiction also face discrimination and rejection by service providers both in the mental health system and the broader health care system and discrimination by policy makers and the media. For many individuals with mental illness and addiction, the stigmatization and discrimination they confront can be as important a source of distress as the disorder itself.²⁸

For many individuals with mental illness and addiction, the stigmatization and discrimination they confront can be as important a source of distress as the disorder itself.

Because the stigma of mental illness is the cause of much of the distress individuals with mental illness and addiction experience in their daily lives, should it be more bluntly described for what it really is – discrimination – rather than stigma? Surely it is discrimination when someone with a mental illness is systematically treated differently from someone who is not affected by a mental illness. Has the word stigma become a polite linguistic way of justifying discrimination?

Has the word stigma become a polite linguistic way of justifying discrimination?

The Committee has had considerable discussion of how best to reduce stigmatization and combat discrimination. Doing so requires a multi-pronged effort sustained over a long period of time and includes: ongoing community-based education and action, media campaigns, and forums of exchange between affected individuals and other Canadians to enhance public awareness, and professional awareness campaigns to reduce structural discrimination in the health care system and in the mental health system itself.²⁹

Several witnesses stressed the importance of developing a national anti-stigma strategy. Its adoption would indicate to Canadians that the federal, provincial and territorial governments attach equal importance to fostering mental health as they do to promoting the physical health of the population.

²⁸ First Report, Chapter 3, Section 3.3.

²⁹ First Report, Chapter 3, Section 3.4.

Importantly, several witnesses stressed the importance of developing a national anti-stigma strategy. The Committee was told that such a strategy would focus powerfully public attention on mental health and addiction issues. Its adoption would indicate to Canadians that the federal, provincial and territorial governments attach equal importance to fostering mental health as they do to promoting the physical health of the population.³⁰ At the same time, many witnesses noted that it is important to carefully target anti-stigma efforts and that the evidence indicates that overly general campaigns do not yield the desired results.

The Committee's review of mental health promotion initiatives in other countries pointed out that successful public awareness campaigns to combat stigma and discrimination require sustained funding, long term planning and ongoing evaluations. In addition, such campaigns, notably in Australia and New Zealand, seem to benefit from being tailored to a variety of circumstances, population groups and communities. Our international review also underscores the need from the outset for widespread consultation among the various levels of government, providers, NGOs and, most importantly, affected individuals themselves and their families.³¹

In addition to a campaign by governments, is there also a role for the media in trying to change Canadians' attitudes towards individuals with mental illness and addiction? If so, what should that role be? Are there public awareness strategies that have been particularly successful in Canada to reduce stigma and discrimination (such as the Canadian Strategy on HIV/AIDS) from which lessons could be learned?

Is there also a role for the media in trying to change Canadians' attitudes towards individuals with mental illness and addiction?

The Committee was also told that the most effective strategy for combating stigma and discrimination was to increase the amount of contact with individuals living with mental illness and addiction. In this regard, we learned that the United Kingdom established an Ambassador Bureau composed of more than forty individuals with mental illness and addiction who were trained to speak to the media and employers about their experiences.³² It was successful in giving the anti-stigma campaign a personal and very human face. Should Canada establish a similar group?

The United Kingdom established an Ambassador Bureau composed of more than forty individuals with mental illness and addiction who were trained to speak to the media and employers about their experiences.¹ Should Canada establish a similar group?

Similarly, in Australia, a national mental health strategy was undertaken in journalism schools to teach journalists how to report in ways that do not stigmatize individuals with mental disorders and encourage the media to promote positive messages about mental health.³³ Should the federal government, working jointly with the media, develop a similar strategy in Canada? How much would it cost and how should it be funded?

³⁰ First Report, Chapter 3, Section 3.4.1.

³¹ Second Report, Chapter 5, Section 5.5.

³² Second Report, Chapter 3, Section 3.4.1.

³³ Second Report, Chapter 1, Section 1.5.

Finally, there is need to increase the awareness among health care professionals about mental illness and addiction. Mental health care providers and addiction workers themselves are not immune from the influence of stigmatization of their patients/clients. How prevalent is this form of stigmatization? Should the curriculum in faculties of medicine and nursing schools be revised so as to provide additional education and training on mental illness and addiction? Is this an area of provincial responsibility, or can the federal government play a role? What other measures can be targeted at health care workers in order to reduce discrimination?

More generally, what can governments do to increase everybody's awareness that mental health is as important as physical health to the well-being of Canadians and that, as a corollary, the delivery of services and supports for mental illness and addiction is as critical as is the provision of health services for physical conditions?

More generally, what can governments do to increase everybody's awareness that mental health is as important as physical health to the well-being of Canadians and that, as a corollary, the delivery of services and supports for mental illness and addiction is as critical as is the provision of health services for physical conditions?

4.2 SUICIDE PREVENTION

Every year, some 3,700 Canadians commit suicide. It is the leading cause of death for men aged 25 to 29 and for women aged 30 to 34. In addition, a large number of other Canadians attempt suicide each year. In 2002, about 4% of Canadians aged 15 years and over had suicidal thoughts.³⁴

In its first report, the Committee noted that, while not itself defined as a mental disorder, suicidal behaviour is highly correlated to mental illness and addiction; more than 90% of suicide victims have a diagnosable mental illness or substance use disorder. Suicide is the most common cause of premature death of individuals with schizophrenia and accounts for 15% to 25% of all deaths among individuals with severe mood disorders. Addiction often predisposes an individual to suicidal behaviour by intensifying a depressive mood swing and by reducing self-control.³⁵

Unlike Australia, Finland, France, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, the United Kingdom and the United States, Canada does not have a national suicide prevention strategy. According to the Centre for Suicide Prevention, only two provinces – New Brunswick and Québec – have implemented suicide-specific prevention strategies. Many would like the federal government to work with the provinces/territories and relevant stakeholders in the development of a national strategy.

Unlike Australia, Finland, France, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, the United Kingdom and the United States, Canada does not have a national suicide prevention strategy.

A number of programs and activities could be included in a national suicide prevention strategy, namely:

³⁴ First Report, Chapter 5, Section 5.2.

³⁵ First Report, Chapter 4, Section 4.5.

- Public awareness campaigns to address the stigma associated with suicidal behaviour.
- Population health strategies to address the determinants of health, including housing, income security, education, employment and community attitudes towards those affected by mental illness and addiction.
- Prevention programs for adolescents, for individuals at high risk of suicidal behaviour, and for families in which a member has attempted or committed suicide.
- Equitable access to co-ordinated, integrated services, including crisis counselling by telephone and the treatment of mental illness and addiction.
- Measures to reduce access to lethal means of suicide, particularly firearms, medication and dangerous bridges and other sites.
- Training of service providers and educators in the early identification of suicidal behaviour and crisis management.
- Research and evaluation to inform the development of effective suicide prevention programs and to evaluate the effectiveness of health and social services in preventing suicide.

Who among the federal, provincial, territorial governments, and nongovernmental organizations should be involved in the development of a national suicide prevention strategy? What should be its specific goals and objectives? What programs and activities should be part of a national suicide prevention strategy? How much would it cost and how should it be funded? Should there be a single national strategy, or should each level of government establish its own?

Who among the federal, provincial, territorial governments, and nongovernmental organizations should be involved in the development of a national suicide prevention strategy? What should be its specific goals and objectives? What programs and activities should be part of a national suicide prevention strategy?

CHAPTER 5: HUMAN RESOURCES

Professionals of many kinds are involved in the provision of mental health services and supports and addiction treatment. They include primary health care physicians, psychiatrists, addiction specialists, psychologists, registered psychiatric nurses, social workers, nurse practitioners, occupational therapists, case managers, addiction counsellors, special care educators, etc. The Committee was told that, as in other areas in the health care system, there are critical shortages of providers. The geographic mal-distribution of mental health and addiction professionals is also of concern.³⁶ Other countries face similar human resource challenges in the field of mental illness and addiction.³⁷ The Committee was also informed about a critical need to reform the primary health care sector with the view to improving people's access to mental health services and to expanding shared mental health care initiatives across the country.

As in other areas in the health care system, there are critical shortages of providers in the field of mental illness and addiction.

5.1 SUPPLY OF MENTAL HEALTH AND ADDICTION HUMAN RESOURCES

Although the Committee heard repeatedly about shortages of providers,³⁸ there is currently no national database that provides even a rough, much less a detailed, breakdown of the supply of human resources in the field of mental illness and addiction. At present, it is unclear if there actually is a shortage of mental health/addiction service providers in Canada and, if so, how serious it is. This is another example of how poor the state of health information generally is in Canada.

Are there specific categories of providers which are in particularly short supply? Have some provinces been more successful than others in addressing the perceived shortages of professionals practising in the field of mental illness and addiction?

This lack of information creates very serious obstacles to the appropriate planning of mental health and addiction human resources, notably the implementation of a national human resource strategy in the field of mental health, mental illness and addiction.³⁹

How can credible, realistic estimates be made of the human resources currently at work and required in a restructured mental health/addiction system? What role should the federal government play in helping the provinces and territories to ensure an appropriate supply of professionals in this field throughout the country? How can the federal government get

³⁶ First report, Chapter 8, Section 8.2.5.

³⁷ Second Report, Sections 1.3.2, 2.3.2, 3.3.1, 4.3.1, 4.3.2 and 4.3.3.

³⁸ First Report, Chapter 8, Section 8.2.5.

³⁹ *Ibid.*

involved in human resource planning in the mental health/addiction sector without encroaching on provincial/territorial jurisdiction?

What elements should such a national human resource strategy encompass (planning, training, review of scope of practices, etc.)? What programs and incentives should be put in place to encourage people to become engaged in mental health and addiction services? The Committee invites views on the challenges and opportunities to develop and implement a human resource strategy.

The objective of a human resource strategy should be to ensure that the right skills and services are delivered in a culturally appropriate manner by the right person at the right time. How could we expand and enhance the education and training for mental health and addiction professionals and workers to meet the objective of providing culturally appropriate services?

What role should the federal government play in helping the provinces and territories to ensure an appropriate supply of professionals in this field throughout the country?

It is obvious that the current geographic mal-distribution of mental health and addiction professionals leads to reduced access to necessary services and supports in Canada's rural and remote regions.⁴⁰ How could such under-service be alleviated? The Committee wants to hear Canadians' views on the types of incentives that could be put in place to address the shortages of mental health and addiction personnel in rural and remote areas.

It is obvious that the current geographic mal-distribution of mental health and addiction professionals leads to reduced access to necessary services and supports in Canada's rural and remote regions. How could such under-service be alleviated?

5.2 PRIMARY HEALTH CARE SECTOR

The primary health care sector is usually the first point of contact with the health care system for individuals affected by disease and injuries of all kinds, including mental illness and addiction. Yet, the Committee has been told that primary health care providers may lack sufficient knowledge, skills and financial incentives to meet the needs of patients with mental illness and addiction, to accurately screen for mental disorders, and/or to help patients navigate the appropriate referral pathways to access more specialized mental health and addiction services.⁴¹ If primary health care providers are to be the primary gatekeepers for a patient's entry into treatment for mental illness and addiction, what needs to be done to improve mental health care at the primary care level? How can this be achieved, given the current major shortage of family physicians, nurses and other health care professionals in Canada?

If primary health care providers are to be the primary gatekeepers for a patient's entry into treatment for mental illness and addiction, what needs to be done to improve mental health care at the primary care level?

⁴⁰ First Report, Chapter 8, Section 8.2.3.

⁴¹ First Report, Chapter 8, Section 8.2.4.

There is a need to increase awareness about mental illness and addiction among health care professionals. How much training in the field of mental illness and addiction should family physicians, nurse practitioners and other health care professionals receive while in medical and nursing schools? Should the curricula in nursing schools and faculties of medicine be revised so as to provide additional education and training on mental illness and addiction?

Some recommended to the Committee that medical billing schedules be modified so as to provide an incentive to family physicians to devote more time to individuals with mental illness and addiction when they need it.⁴² This has been done in Alberta and Québec, following the initiation of such a program in Australia three years ago with great success. Family physicians who must take extra time to address the specific needs of individuals affected by mental disorders should have their fee-for-service rates adjusted to provide appropriate compensation.⁴³ Should such a program be started in provinces where there has not yet been such an adjustment to the fee schedule?

Another recommendation to the Committee called for the development of more shared mental health care initiatives across the country. This refers to collaborative work between primary health care providers and psychiatrists. Some such shared mental health care initiatives have a strong clinical focus and integrate mental health services within primary health care settings. The Committee was told that the federal government could play a major role in ensuring that successful shared mental health care initiatives continue to receive funding and that best practice models be implemented and incorporated in permanent programs and policies in all provinces and territories.⁴⁴

Many provinces are in the process of reforming their primary health care sector. How can collaborative working relationships between primary health care providers and mental health professionals be encouraged? For example, should psychiatrists function as consultants to, or as members of, multidisciplinary primary health care teams? What specialized and/or institutionally-based mental health and addiction services could be relocated effectively to primary health care settings? What are the major barriers to implementing shared mental health care? What are the financial barriers? Do current scope of practice rules need to be changed to accommodate shared mental health care? In its current support to primary health care reform, should the federal government explicitly encourage shared mental health care? How much funding would be necessary to implement more broadly this approach?

How can collaborative working relationships between primary health care providers and mental health professionals be encouraged?

How can psychologists and social workers be made a part of a team of mental health service providers? Where would the money come from to pay for their services,

How can psychologists and social workers be made a part of a team of mental health service providers?

⁴² *Ibid.*

⁴³ Second Report, Section 10.3.2.

⁴⁴ First Report, Chapter 8, Section 8.2.4.

given that they are not members of the medical profession with billing privileges under the *Canada Health Act* and therefore their services are not covered under Canada's publicly funded health care insurance system?

5.3 COMMUNITY SUPPORT WORKERS AND POLICE OFFICERS

A wide range of workers provide community supports to individuals with mental illness and addiction. These workers are members and/or employees of various nongovernmental organizations as well as of numerous social agencies (welfare, income support, employment, etc.).

Five years ago, New Zealand implemented a training program to provide formal certification to community mental health support workers.⁴⁵ What types of training are currently available to, and required of, a community mental health support worker in Canada? Should there be more uniformity in the training and education of community mental health support workers? Should training programs similar to that provided in New Zealand be developed? If so, what institutions should provide that training? Should provincial/national licensing bodies comparable to those of the self-regulating health professions be charged with regulating such workers? Should the federal government provide specific financial support to help launch a training program?

Five years ago, New Zealand implemented a training program to provide formal certification to community mental health support workers.¹ What types of training are currently available to, and required of, a community mental health support worker in Canada?

The Committee is also aware that, increasingly, it is often the police officer who first comes into contact with persons in the midst of a mental health crisis rather than health care agencies or providers. Oftentimes, individuals with severe mental disorders have nowhere to go when experiencing a crisis. When there is a crisis, police officers are the ones who are called to intervene. We were told, however, that law enforcement officers often lack the training and policy guidance on how to intervene when someone is in the midst of a mental health crisis. What should be done to improve the training of police officers to enable them to deal more effectively with individuals with mental illness and addiction? How can we increase the safety of those involved in the intervention and help to ensure that law enforcement officers use the least amount of force when apprehending someone who is experiencing a mental health crisis?

What should be done to improve the training of police officers to enable them to deal more effectively with individuals with mental illness and addiction? How can we increase the safety of those involved in the intervention and help to ensure that law enforcement officers use the least amount of force when apprehending someone who is experiencing a mental health crisis?

⁴⁵ Second Report, Chapter 2, Section 2.3.2.

5.4 SUPPORTING CAREGIVERS

Families are often the principal resource and the sole support available to individuals with mental illness and addiction. Because of the limited resources available in the health care system and the community, it is parents who house, care, supervise and provide financial assistance to their affected children.

Several studies have shown that this situation can be a source of enormous tension and emotional stress as well as financial strain for those close to individuals affected by mental illness and addiction. Do families living with someone affected by mental illness or addiction have adequate access to the resources they need to help their loved ones? Are families adequately equipped to deal with their relatives affected by mental illness and addiction?

Do families living with someone affected by mental illness or addiction have adequate access to the resources they need to help their loved ones?

Families are an integral part of the care provided to individuals with mental illness and addiction. They are benevolent and effective allies in limiting the pain and suffering their relatives are living with. Should family caregivers be more involved in the care and treatment of the affected members? How and in what form should we encourage their participation in the formal mental health/addiction system?

CHAPTER 6: NATIONAL INFORMATION DATABASE, RESEARCH AND TECHNOLOGY

The Committee believes strongly that excellence in mental health services and addiction treatment depends on a strong commitment to developing a national information database, fostering research on how to manage health information generally and that related to mental health and addiction in particular, and to using information and communications technology appropriately. This would greatly help to inform and guide decisions, the setting of policies and priorities, and improve outcomes for individuals with mental illness and addiction.

6.1 CANADIAN COMMUNITY HEALTH SURVEY

The 2002 Canadian Community Health Survey (CCHS), Cycle 1.2 on Mental Health and Well-Being, carried out by Statistics Canada, provided for the first time prevalence rates for some mental illnesses, substance use disorders, suicidal ideation, and pathological gambling. It did not, however, cover the wide range of anxiety and affective mood disorders as did the National Survey of Mental Health and Well-Being undertaken in Australia in 1997. The Australian survey also distinguished between the harmful use of, and dependence on, alcohol and drugs, and permitted an assessment of both concurrent disorders and co-morbidity. The Australian government also plans a survey to assess the prevalence rates of mental disorders among children and adolescents as well as a survey of psychotic disorders of lower prevalence, such as schizophrenia.⁴⁶

The CCHS survey should be repeated on a regular basis and its base should be expanded to cover a wider range of mental disorders, age groups and population sub-groups. Canada does not currently collect data on an ongoing basis on the prevalence of mental illness and addiction among Aboriginal peoples, homeless peoples and the prison population – groups that appear to be at higher risk for mental disorders than the general population.⁴⁷

The CCHS survey should be repeated on a regular basis and its base should be expanded to cover a wider range of mental disorders, age groups and population sub-groups.

Should Statistics Canada undertake a survey of children and adolescents as will be done in Australia? Should Statistics Canada be asked to expand its next Canadian Community Health Survey to include, as the Australia survey does, questions which enable an assessment of both concurrent disorders and co-morbidity? What can be done to improve the information available on the prevalence of mental disorders among Aboriginal peoples, homeless people and the prison population? With what frequency should the CCHS be undertaken? Should we share our survey methodology with other countries to allow meaningful international comparisons?

What can be done to improve the information available on the prevalence of mental disorders among Aboriginal peoples, homeless people and the prison population?

⁴⁶ First Report, Chapter 5, Section 5.1 and 5.2.

⁴⁷ First Report, Chapter 5, Section 5.3.

6.2 NATIONAL INFORMATION DATABASE

Canada currently lacks a national information base on the prevalence of mental illness and addiction. We also lack the information system required to measure the mental health status of Canadians and to evaluate policies, programs and services in the fields to mental health, mental illness and

Canada currently lacks a national information base on the prevalence of mental illness and addiction. We also lack the information system required to measure the mental health status of Canadians and to evaluate policies, programs and services in the fields to mental health, mental illness and addiction.

addiction. This is a major impediment to determining the level of mental health services and addiction treatments that the provinces/territories and the country need, and the quality of services currently provided.

The Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health is advocating the development of a national information system for mental health, mental illness and addiction characterized by a dynamic collaboration among all levels of government and all stakeholders ranging from individuals with mental illness and addiction to data collectors. Several databases, including those provided by an expanded CCHS survey, could be used to lay the base of such an information system. This basic system could be expanded over time into a well-organized database which could be used by policy makers and researchers both inside and outside of government with the addition of new indicators and new sources of data.

Who should take the lead in facilitating the development of such a national information database system? What role should Statistics Canada, Health Canada, the Canadian Institute for Health Information and the Canadian Institutes of Health Research and provincial/territorial governments play in the

Who should take the lead in facilitating the development of such a national information database system?

establishment and maintenance of the system? Are there countries or provinces/territories that could be considered as a potential model for the development of a nationwide database? How much funding would be necessary to establish a comprehensive, well-managed national information database system for mental health, mental illness and addiction?

6.3 RESEARCH

6.3.1 Level of Funding

The Canadian Institutes of Health Research (CIHR), through its Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction (INMHA), is the primary federal funding agency for research into mental health, mental illness and addiction. For the 2003-2004 fiscal year, CIHR has allocated \$93 million to INMHA from its total base budget of \$623 million. Some \$33

million from the INMHA budget goes to mental health and addiction research, or 5.3% of the total envelope of CIHR health research funding.⁴⁸

Several witnesses presented the view that the proportion of health research dollars allocated to mental health, mental illness and addiction is too small. They claimed that the funding dedicated to research into mental health, mental illness and addiction does not reflect the burden of mental illness and substance use disorders on the Canadian economy. Estimates suggest that if funding were to be provided in relation to the economic burden of disease, then CIHR's support for mental illness and addiction would have to increase from its current base of \$33 million to at least \$80 million per year. The Committee was also told that CIHR's proportional investment in mental health, mental illness and addiction (5.3%) is relatively low in comparison to other countries (6.5% in the United Kingdom and 10% in the United States).⁴⁹

The funding dedicated to research into mental health, mental illness and addiction does not reflect the burden of mental illness and substance use disorders on the Canadian economy. Estimates suggest that if funding were to be provided in relation to the economic burden of disease, then CIHR's support for mental illness and addiction would have to increase from its current base of \$33 million to at least \$80 million per year.

What measure should be used to determine the appropriateness of the proportion of research funds spent on research into any given disease? Should it be prevalence rates, morbidity and mortality, disability, or the economic burden associated with the disease? Is such an approach to measurement appropriate at all? What should be the role, if any, of international comparisons? Should research funding be decided solely or predominantly on the basis of merit and promise among all applications submitted to the granting agency concerned? Or, should it be determined after consideration of a combination of all of the measures and factors referred to above?

If more funding is required for INMHA, where should it come from – a reallocation within CIHR's budget or an increase in INMHA's total budget? Should a dedicated fund be established to support research into mental health, mental illness and addiction? Should a new institute dedicated to mental health, mental illness and addiction be created by CIHR and, if so, how should it relate to INMHA? The Committee welcomes opinions and suggestions on the options to increase federal funding for research into mental health, mental illness and addiction.

If more funding is required for INMHA, where should it come from – a reallocation within CIHR's budget or an increase in INMHA's total budget?

Other research funding questions include: is the research funding from provincial governments sufficient? What about the level of research funding from mental health organizations? Are pharmaceutical companies investing sufficient funds in this area?

⁴⁸ First Report, Chapter 10, Section 10.1.

⁴⁹ First Report, Chapter 10, Section 10.2.

6.3.2 Knowledge Translation

The Committee has also considered the issue of knowledge translation – bringing the outcomes of research to the provider/institution/community where services and supports are delivered. All too frequently, published research discoveries in mental health, mental illness and addiction (medications, psychotherapies, etc.) remain with researchers in their laboratories and have too limited an impact on service delivery and patients' outcomes.

This situation is not unique to Canada. In the United States, a report estimated that there is a 15 to 20 year lag between discovering effective forms of treatment (medications, therapies, new ways of delivering care, etc.) and incorporating them routinely into patient care. The same report also showed that when discoveries become routinely applied at the community level, actual clinical practices remain highly variable and are often inconsistent with the treatment model shown to be most efficacious.⁵⁰ At the same time, the Committee was told that, in the United Kingdom, the National Institute for Mental Health in England (NIMHE) has played an important role in making the most advanced research available to mental health providers on the ground.⁵¹

All too frequently, published research discoveries in mental health, mental illness and addiction (medications, psychotherapies, etc.) remain with researchers in their laboratories and have too limited an impact on service delivery and patients' outcomes.

What are the reasons behind the resistance to adopting evidence-based state-of-the-art medications and therapies? How can this resistance be overcome?

What are the reasons behind the resistance to adopting evidence-based state-of-the-art medications and therapies? How can this resistance be overcome?

What incentives will work to encourage the early and universal adoption of new beneficial evidence-based research results by mental health and addiction service providers? Should the federal government put in place an innovation fund to encourage innovation in service delivery and accelerate the adoption of research results in the mental health/addiction system? How big should this fund be? What conditions should be attached to projects supported by the fund?

What incentives will work to encourage the early and universal adoption of new beneficial evidence-based research results by mental health and addiction service providers?

Should the federal government consider the possibility of establishing a body similar to NIMHE in the United Kingdom in order to facilitate knowledge translation? Or, should this task be the responsibility of CIHR's Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction (INMHA)? If so, what can be done to enhance INMHA's capacity to bring the outcomes of research into practice settings?

The Committee welcomes the views of readers on ways that could accelerate the application of research results with beneficial impacts on treating patients in mental health, mental illness and addiction.

⁵⁰ First Report, Chapter 10, Section 10.4.

⁵¹ Second Report, Chapter 3, Section 3.6.

6.3.3 Research Involving Human Subjects

As mentioned in the first report, there has been an acceleration of clinical research into mental illness and addiction in the last two decades that has produced significant advances in treatment. Much of this important research requires the participation of research subjects who suffer from mental disorders themselves.⁵²

Special precautions are needed in research involving individuals with mental illness and addiction. While all subjects of clinical research are vulnerable to some degree, the vulnerability of individuals participating in clinical mental illness/addiction research is of particular concern because such disorders, particularly if they affect cognition or are severe, often impair their decision-making capacity. The capacity to give a valid consent is, of course, an essential condition for research involving human subjects. Therefore, keen vigilance must be applied

While all subjects of clinical research are vulnerable to some degree, the vulnerability of individuals participating in clinical mental illness/addiction research is of particular concern because such disorders, particularly if they affect cognition or are severe, often impair their decision-making capacity.

when assessing the decision-making capacity of potential subjects and when determining and informing alternative decision-makers for the patient, especially when participation in a study may not directly benefit the patient/subject concerned.⁵³

Recognizing the particular vulnerability of individuals participating in clinical mental illness/addiction, the Committee attaches paramount importance to the protection of the rights and well-being of those who participate as research subjects. Research advances should only be pursued in the most ethically responsible way and never at the expense of human rights and dignity. But neither should the protections be so stringent as to exacerbate existing social stigma associated with mental illness and addiction and

Are the guidelines currently governing the conduct of research involving human subjects adequate to protect the special vulnerabilities of individuals with mental illness and addiction? Are the safeguards applied with sufficient stringency in clinical trials conducted outside teaching centres?

exclude this vulnerable population from participating in vitally important research with the potential to improve scientific knowledge about their conditions, and sometimes, benefit them as individuals. Are the guidelines currently governing the conduct of research involving human subjects adequate to protect the special vulnerabilities of individuals with mental illness and addiction? Are the safeguards applied with sufficient stringency in clinical trials conducted outside teaching centres?

6.3.4 A National Research Agenda

Those who addressed issues related to mental health and addiction research agreed unanimously on the need for a national research agenda. In their view, such an agenda should build on current Canadian expertise, coordinate the currently fragmented research

⁵² First Report, Chapter 11, Section 11.6.

⁵³ First Report, Chapter 11, Section 11.6.

activities performed by a variety of actors (governments, non-governmental organizations, pharmaceutical companies, universities, etc.) and ensure a balance between biomedical, clinical, health services and population health research related to mental health, mental illness and addiction.⁵⁴ Who should have the responsibility of developing, implementing and coordinating such a national research agenda – INMHA, CIHR or another entity entirely? What research topics should claim initial priority?

6.4 INFORMATION AND COMMUNICATIONS TECHNOLOGY

6.4.1 Electronic Health Records

As explained in the Committee's October 2002 health care report, a system of electronic health records (EHRs) provides each individual with a secure, private and comprehensive lifetime record of his/her health history and care within and by the health care system, including visits to family physicians and specialists, hospital stays, prescription drugs, laboratory tests, etc. That record is available electronically anywhere, anytime, to its individual owner and those health care providers authorized by him or her to access it in support of high quality care.

Not only would such an EHR system greatly improve the quality and timeliness of health care delivery, it would also enhance health care system management, efficiency and accountability. The data collected from an EHR system would also be invaluable for the purposes of health research.⁵⁵

All levels of government in Canada have recognized the importance of developing and deploying a system of EHR. In fact, on September 11, 2000, the First Ministers agreed to work together to develop an EHR system over the next three years and to work collaboratively to develop common data standards to ensure the compatibility and interoperability of provincial health information networks and the stringent protection of personal health information. In support of that agreement, the federal government established Canada Health Infoway Inc. (or *Infoway*) in 2001 with a budget of \$500 million to support and accelerate the development and adoption of interoperable electronic health records solutions throughout the country.

In its report of October 2002, the Committee expressed strong support for the deployment of a national EHR system. In particular, we stressed that the work undertaken by *Infoway* represented a major step towards the full integration of the several provincial and territorial health infostructures. We recommended that the federal government provide *Infoway* with \$2 billion over a five-year period for the development of a national system of electronic health records (EHRs) to support the Canadian hospital and doctor

The Committee believes that the effective health information management made possible in substantial part by an EHR system can improve effectiveness and efficiency of the provision of mental health services and the treatment of addiction.

⁵⁴ First Report, Chapter 10, Section 10.5.

⁵⁵ *Recommendations for Reform*, October 2002, Chapter 10, Section 10.2.

system insured under Medicare.⁵⁶ In 2003, the federal government increased *Infoway's* capitalization to \$1.1 billion.

The Committee believes that the effective health information management made possible in substantial part by an EHR system can improve effectiveness and efficiency of the provision of mental health services and the treatment of addiction. First, as in physical health care, an EHR is a necessary prerequisite to a truly patient-oriented mental health and addiction system. Second, it offers tremendous opportunities to support integration of the different components of the mental health service system and the addiction treatment system that currently work in silos. Third, exchanging health information through secure means makes important data available at the right times and places to support optimal mental health care and recovery for all patients/clients. And finally, EHR can dramatically reduce the need to repeatedly provide personal and family health history every time an individual with mental illness and addiction encounters a different mental health/addiction professional.

The Committee wants to know if the EHR system now being developed by Canada Health Infoway Inc. raises particular concerns among and with respect to patients/clients with mental illness and addiction. For example, do psychiatric records differ materially from other types of medical records and, if so, how? Should information about mental illness and addiction be dealt with differently than other personal health information under the EHR? We invite the views of mental health providers, addiction specialists, patients/clients and their families.

The Committee wants to know if the EHR system now being developed by Canada Health Infoway Inc. raises particular concerns among and with respect to patients/clients with mental illness and addiction. Should information about mental illness and addiction be dealt with differently than other personal health information under the EHR?

Issues related to the privacy, confidentiality and protection of personal health information are perhaps the most sensitive ones raised in relation to an EHR system. We address this question in detail in section 6.5 below.

6.4.2 Tele-Mental Health Services

As explained in the Committee's April 2002 report, telemedicine makes use of videoconferencing and related equipment to provide health care at a distance. As such, it can greatly improve the quality and timely access to care, particularly in rural and remote areas. Videoconferencing equipment can also be used for other purposes such as providing the continuing education and training of health care providers located in remote communities.⁵⁷

Mental health services and supports are unevenly distributed geographically in Canada. They are specially lacking in rural and remote areas of the country, including in most Aboriginal communities/reservations. The result is that individuals with mental disorders living in rural

⁵⁶ *Recommendations for Reform*, October 2002, Chapter 10, Section 10.2.

⁵⁷ *Principles and Recommendations for Reform*, April 2002, Chapter 4.

and remote regions and in Aboriginal settings are forced to travel far from their homes for needed services. This hardship, ironically dubbed “Greyhound Therapy”, is doubly stressful for someone affected by mental illness and addiction.⁵⁸

When removed from their communities, individuals are separated from their natural support systems and informal care networks, those things that provide the kind of financial, emotional and social supports essential for recovery but not found in the formal treatment system. Although for some the anonymity of the city may be a welcome respite from stigma and shame, removal from the home community can have a significant negative impact on treatment interventions and outcomes.

The Committee was told that transplanting urban mental health workers into rural settings, even if they would be willing to relocate, would not necessarily do much good. The transplanted professionals would still not be qualified to deal with distinctive rural culture and the myriad of related issues.

What is the potential for telemedicine in the field of mental illness and addiction? What are the challenges? Is the current investment by the federal government in telemedicine adequate in the field of mental illness and addiction?

What is the potential for telemedicine in the field of mental illness and addiction? What are the challenges? Is the current investment by the federal government in telemedicine adequate in the field of mental illness and addiction?

The Committee wants to hear the view of Canadians on the need for expanded telemedicine applications in mental health service delivery and in mental health/addiction education and training.

6.4.3 Internet-Based Health Information Network

Individuals with mental illness and addiction and their families want up-to-date information about the mental disorders with which they are dealing, together with information on effective treatments, services and supports. But despite the quickly growing availability of communications via the Internet, reliable information is not always available when and how people need it most; certainly it is not readily or universally accessible to all Canadians. Moreover, most times it is difficult for individuals to assess the accuracy and objectivity of information available and whether or not it can be trusted.

The Canadian Health Network, a collaborative effort by the federal government and some health organizations across Canada, is considered by many to be among the best in the world. It provides in-depth health promotion and disease prevention information to Canadians on 26 key health topics, including mental health and substance use/addiction.

There are also provincial websites devoted to mental illness and addiction; an example is www.heretohelp.bc.ca, a website developed by a group of seven provincial non-profit agencies dealing with mental health and addiction in British Columbia and funded by the provincial government.

⁵⁸ First Report, Chapter 8, Section 8.2.3.

In its April 2002 report, the Committee recommended the creation of a national portal for the Canadian public that would provide comprehensive, trusted health-related information to support self-care decision-making. We stressed that the portal should build on the success of the Canadian Health Network and be linked strategically to provincial and territorial website services to ensure the consistency of health-related information. We also indicated that the national portal should allow better access by specific populations that currently have only restricted access to health-related information of assured high quality (e.g. Aboriginal Canadians, rural and remote communities, etc.).⁵⁹

In its April 2002 report, the Committee recommended the creation of a national portal for the Canadian public that would provide comprehensive, trusted health-related information to support self-care decision-making. We stressed that the portal should build on the success of the Canadian Health Network and be linked strategically to provincial and territorial website services to ensure the consistency of health-related information.

Is the Canadian Health Network well positioned to become a universally trusted website in the field of mental health, mental illness and addiction? How could the Network build on successful provincial information websites and, at the same time, avoid resource-wasting duplication?

Is the Canadian Health Network well positioned to become a universally trusted website in the field of mental health, mental illness and addiction? How could the Network build on successful provincial information websites and, at the same time, avoid resource-wasting duplication?

6.5 PRIVACY

In its final report on health care (October 2002), the Committee discussed the need to protect the privacy of electronic health records and their use in research.

With respect to EHRs, we noted the significant variation in privacy laws and data access policies across the country. To address this concern, the Committee recommended ongoing federal/provincial/territorial efforts to develop a harmonized approach to protecting personal health information.

We also raised the issue of the large number of players involved in the collection of personal health information which would be included in a common EHR. We recommended that state-of-the-art security safeguards be implemented to protect personal health information and that the various custodians accessing EHRs be accountable for the use of those records.⁶⁰

With respect to research, the Committee acknowledged the need to permit restricted access to personal health information for health research purposes while preserving the confidentiality of such information. We recommended that the federal government initiate a public awareness program to foster a better understanding of the benefit of using personal

⁵⁹ Principles and Recommendations for Reform, April 2002, Chapter 4, Section 4.7.

⁶⁰ Recommendations for Reform, October 2002, Chapter 10.

health information for health research purposes. We also recommended that the federal government, together with CIHR and other relevant stakeholders, examine the control and review mechanisms needed to ensure the adequate protection of personal health information.⁶¹

In the first report, the Committee noted that some people argue that considerations of privacy are perhaps of greater concern in mental health, mental illness and addiction than they are in the physical health care system. The testimony we heard compels us to ask if Canada's current legal and policy frameworks on privacy and confidentiality, which are acknowledged to serve the mentally competent well on the whole, nevertheless act against the best interests of those who, because of the nature and pervasiveness of mental illness and addiction, become partially or completely dependent on a series of providers along the whole continuum of care.⁶²

The testimony we heard compels us to ask if Canada's current legal and policy frameworks on privacy and confidentiality, which are acknowledged to serve the mentally competent well on the whole, nevertheless act against the best interests of those who, because of the nature and pervasiveness of mental illness and addiction, become partially or completely dependent on a series of providers along the whole continuum of care.

In the context of an EHR system, the Committee is well aware that any erosion of privacy and confidentiality protections can have serious negative consequences on an affected individual's trust in his or her mental health providers. Witnesses have told us, however, that rigid adherence to privacy and confidentiality rules in certain circumstances works against the interests of individuals whose mental health is compromised. This particular challenge must be recognized when developing, interpreting and applying rules of privacy and confidentiality so as not to prevent health care providers from providing patients/clients with the much needed support they require.⁶³

The Committee wants to obtain the views of Canadians on whether more safeguards are required under a system of EHRs for protecting mental illness and addiction information or whether more flexibility is needed to allow for the flow of information to provide better mental health care and greater continuity of care. In addition, we need to know whether amendments to existing provincial legislation are required to permit the sharing of patient information among providers.

Concerns relating to the strict observation of current privacy and confidentiality rules extend also to the family of individuals with mental illness and addiction. Without the patient's permission, which those with mental illness/addiction may not be competent to give at times, a physician cannot currently share personal information with the involved caregivers, parents, siblings or children.⁶⁴

⁶¹ *Recommendations for Reform*, October 2002, Chapter 12.

⁶² First Report, Chapter 11, Section 11.3.

⁶³ First Report, Chapter 11, Section 11.7.

⁶⁴ First Report, Chapter 11, Section 11.3.

Are there mental health systems that have better, clearer procedures and consent forms for releasing information to families? What changes are required in Canada to facilitate the sharing of information about a patient's/client's condition with his or her family? Should there be greater consistency and standardization of information sharing practices in Canada with respect to patients with mental illness and addiction?

What changes are required in Canada to facilitate the sharing of information about a patient's/client's condition with his or her family? Should there be greater consistency and standardization of information sharing practices in Canada with respect to patients with mental illness and addiction?

CHAPTER 7: THE ROLE OF THE FEDERAL GOVERNMENT

The federal government has both a direct and an indirect role in the field of mental health, mental illness and addiction. Its direct role stems from its constitutional responsibility for First Nations living on reserves and the Inuit populations, inmates of federal penitentiaries, veterans and serving members of the Canadian forces, the RCMP, and certain landed immigrants and refugee claimants. Through its direct role, the federal government is also a major employer with management of a large workforce with particular health-related concerns. Its indirect role derives from its broad responsibility to oversee the national interest of all Canadians and encompasses: funding transfers to provinces/territories, data collection, funding research, drug approval process, income support and disability pension benefits, social programming such as housing initiatives, criminal justice, and ongoing work to promote overall population health and well-being. Therefore, the range of federal programs and services relevant to mental health, mental illness and addiction is large.⁶⁵

7.1 DIRECT ROLE

In its first report, the Committee noted that the federal approach to mental health, mental illness and addiction for the specific population groups who fall under its responsibility is highly fragmented: services and supports are provided by different departments, or various departmental directorates or divisions, all without much collaboration. We also commented on the lack of collaboration between federal and provincial governments with respect to programs targeted at First Nations, Inuit people and federal inmates. In addition, we noted gaps in services in many of the programs reviewed.⁶⁶

The federal approach to mental health, mental illness and addiction for the specific population groups who fall under its responsibility is highly fragmented.

Overall, we concluded that there is little evidence to suggest that the federal government is following specific population-targeted strategies for the groups for which it has direct responsibility, let alone a broad all-encompassing strategy for all Canadians. There is no evidence of any effort to develop an overall coordinated federal framework or to elicit the collaboration of all involved departments or agencies. Neither is there apparent any initiative to develop a comprehensive population specific strategy to address the mental health needs of any of the groups under federal responsibility.⁶⁷

There is no evidence of any effort to develop an overall coordinated federal framework or to elicit the collaboration of all involved departments or agencies.

What can be done to coordinate and better integrate the federal approach to mental illness and addiction for Canadians falling under its responsibility? For example, should Health

⁶⁵ First Report, Chapter 9, Section 9.1.

⁶⁶ First Report, Chapter 9, Section 9.2.

⁶⁷ First Report, Chapter 9, Section 9.3.

Canada work in partnership with the Department of Indian and Northern Affairs, Human Resources Development and other relevant departments to improve the effectiveness and efficiency of the delivery of mental health services and addiction treatment to First Nations and Inuit communities? How can such inter-ministerial collaboration be fostered? Or should a single department be responsible for the delivery of mental health/addiction services? Or should responsibility be transferred to the provinces with the federal government paying the cost of the services provided?

What can be done to coordinate and better integrate the federal approach to mental illness and addiction for Canadians falling under its responsibility?

Similarly, how can the access to, and quality of, needed services and supports be improved for inmates of federal penitentiaries? What can the federal government do to enhance Correctional Service Canada's response capacity for those in need of mental health services and addiction treatment?

How can inter-jurisdictional collaboration be enhanced in the delivery of mental health services and addiction treatment for First Nations and Inuit people and federal inmates? For example, with respect to the inmates of federal penitentiaries, what relevant federal and provincial policies and programs should be harmonized (e.g.: Criminal Code and provincial mental health legislation)?

Veterans, members of the Canadian Forces and RCMP are excluded from the definition of "insured persons" under the *Canada Health Act*. Health care, mental health services, suicide prevention and addiction treatment are the responsibility of Veterans Affairs Canada, the Department of National Defence and Health Canada. How should the programs and activities of these departments be better coordinated?

7.2 INDIRECT ROLE

In addition to its direct role, the federal government has an indirect role in the field of mental health, mental illness and addiction with broad responsibility to oversee the national interest of Canadians. The Committee was told that traditionally the federal government has made use of its constitutional spending power to influence broad national initiatives in the area of health and social policy. As a matter of fact, that spending power forms the basis for the *Canada Health Act*, the Canada Health Transfer and the Canada Social Transfer.⁶⁸

A major issue raised during the Committee's hearings with respect to the indirect federal role relates to the apparent ambivalence over the last 55 years about the place of mental health services in the publicly funded health care system.⁶⁹ Today, the *Canada Health Act* expressly excludes from its definition of comprehensiveness services provided by psychiatric institutions. Many mental health services provided in the community by non-

A major issue raised during the Committee's hearings with respect to the indirect federal role relates to the apparent ambivalence over the last 55 years about the place of mental health services in the publicly funded health care system.

⁶⁸ First Report, Chapter 9, Section 9.4.

⁶⁹ First Report, Chapter 9, Section 9.4.2.

physician providers are not covered under the *Act*; this is true for the counselling services provided by psychologists, for example.⁷⁰

Currently, no specific amount of federal transfers is dedicated to mental health care and addiction treatment. While the Canada Health Transfer includes funding for acute community mental health care, no portion of the transfer is expressly designed for this purpose.⁷¹

How can the federal government correct what is described as its “ambivalent approach” taken over the years about the place of mental health in its broad national policies and programs? Is it appropriate at this point in time to re-open the *Canada Health Act* to include under its publicly insured services those provided by psychiatric institutions and by psychologists? Should the federal government devote a specific portion of its transfer payments to mental illness and addiction? Would this require passage of a “Canada Mental Health Act”? Should the Prime Minister appoint a Minister of State for mental health, mental illness and addiction?

How can the federal government correct what is described as its “ambivalent approach” taken over the years about the place of mental health in its broad national policies and programs?

Or, should the federal government provide funding for the support of mental health, mental illness and addiction under a new funding mechanism? Should conditions be attached to any federal transfers to the provinces/territories for the purpose of mental illness and addiction and, if so, what should they be? If the federal government is to develop a set of incentives to ensure that individuals with mental illness and addiction get universal and equitable access to needed services and supports, what should they be and how best could this objective be achieved?

If the federal government is to develop a set of incentives to ensure that individuals with mental illness and addiction get universal and equitable access to needed services and supports, what should they be and how best could this objective be achieved?

Access to prescription drugs and home care is also an issue identified during the Committee’s hearings. What role can the federal government play to ensure that individuals with mental illness and addiction have access to the drug therapy they need? Will the catastrophic prescription drug plan envisioned by the Committee⁷², and included in the First Ministers’ *10-Year Plan to Strengthen Health Care* (September 2004), ensure that individuals with mental illness and addiction get the prescription drugs

Access to prescription drugs and home care is also an issue identified during the Committee’s hearings. Will the catastrophic prescription drug plan envisioned by the Committee¹, and included in the First Ministers’ *10-Year Plan to Strengthen Health Care* (September 2004), ensure that individuals with mental illness and addiction get the prescription drugs they need?

⁷⁰ First Report, Chapter 9, Section 9.5.1.

⁷¹ First Report, Chapter 9, Section 9.5.2.

⁷² *Recommendations for Reform*, October 2002, Chapter 7.

they need? Do affected individuals have specific concerns with respect to such a plan?

Similarly, what form of home care program (short-term acute care, needs assessment, or long-term care in the home) is needed in the field of mental illness and addiction? Is the September 2004 First Ministers' agreement, which provides first dollar coverage for some home care services, particularly short-term acute community mental health home care for two-weeks and for the provision of case management and crisis response services, sufficient or is a more comprehensive program needed?

What form of home care program (short-term acute care, needs assessment, or long-term care in the home) is needed in the field of mental illness and addiction?

7.3 INTERGOVERNMENTAL COLLABORATION

While traditionally the federal government has used its fiscal capacity to influence health and social policies at the national level, some have claimed that this is not sufficient. Witnesses told the Committee that a high degree of intergovernmental consultation and collaboration is essential to achieve uniformity, to develop and maintain standards, bring harmonization and establish a national mental health initiative across the country. The provinces and territories have major responsibility for the delivery of services for mental illness and addiction in their particular jurisdictions. Any consideration of a federal role in mental health, mental illness and addiction, however, cannot displace or reduce the primary provincial/territorial responsibility for the design and delivery of programs for individuals with mental illness and addiction. Therefore, to restructure and reform the mental health/addiction system, a great deal of effort must be devoted to intergovernmental consultation, partnerships and collaboration.

A high degree of intergovernmental consultation and collaboration is essential to achieve uniformity, to develop and maintain standards, bring harmonization and establish a national mental health initiative across the country.

To restructure and reform the mental health/addiction system, a great deal of effort must be devoted to intergovernmental consultation, partnerships and collaboration.

Currently, however, few resources are devoted to the intergovernmental work in this area. A formal structure – the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health – was established on 17 April 1986 to advise the Conference of Deputy Ministers of Health on cooperation among federal, provincial and territorial governments on mental health issues. In the late 1990s, however, the Council of Deputy Ministers of Health withdrew its support for the F/P/T Advisory Network on Mental Health. As a result, there is now insufficient funding available even to bring together mental health policy makers from across the country to share information and develop coherent policies and plans. A

Currently, there is not enough funding available to bring together mental health policy makers from across the country to share information and develop coherent policies and plans.

number of provinces still continue to participate in the F/P/T Advisory Network, but their work is limited by the small amount of funding they provide.⁷³

What could the federal government do to encourage intergovernmental coordination, collaboration and partnerships in the field of mental health, mental illness and addiction? Should the F/P/T Advisory Network be re-established with a broader

What could the federal government do to encourage intergovernmental coordination, collaboration and partnerships in the field of mental health, mental illness and addiction?

mandate to encompass both mental health and addiction? Or should another entity, either a new body (such as the Mental Health Commission in New Zealand⁷⁴, the National Institute of Mental Health in England⁷⁵ or the former Mental Health Commission in New Brunswick) or an existing one (like the Canadian Public Health Agency) take over such a mandate?

What could the federal government do to assist the provinces and territories in their efforts to reform and renew their mental health and addiction systems? Is there a province, region or country whose mental health delivery system and addiction treatment system can be used as a model? Would the position of a Minister of State responsible for mental health and addiction, as in British Columbia, be helpful in other jurisdictions, including the federal government?

What could the federal government do to assist the provinces and territories in their efforts to reform and renew their mental health and addiction systems?

7.4 NATIONAL ACTION PLAN

The Committee was told that, in addition to intergovernmental collaboration, Canada needs to develop a comprehensive national action plan on mental health, mental illness and addiction to ensure successful reform and restructuring. Australia, New Zealand and the United Kingdom have

Canada needs to develop a comprehensive national action plan on mental health, mental illness and addiction to ensure successful reform and restructuring. Canada lacks national leadership in mental health, mental illness and addiction, a serious deficiency that, in the view of many, has left a very large void.

already adopted such a national mental health strategy or action plan. Canada lacks national leadership in mental health, mental illness and addiction, a serious deficiency that, in the view of many, has left a very large void: there is no focus on mental illness and addiction within national and provincial/territorial health care reform initiatives; there is no clear delineation of the roles and responsibilities of the various stakeholders; troublesome inequities are the result of different provinces and territories being at various stages in the reform of their mental health care and addiction treatment systems.

Many recommended to the Committee a strong leadership role for the federal government in the development of a national action plan. They believe that the lack of such leadership

⁷³ First Report, Chapter 9, Section 9.4.

⁷⁴ Second Report, Chapter 2, Section 2.1.1.

⁷⁵ Second Report, Chapter 3, Section 3.1.1.

has contributed to the piecemeal approach to addressing mental illness and addiction, has led to the development of potentially conflicting models in different provinces, and resulted in unnecessary duplication and a waste of resources.

Many recommended a strong leadership role for the federal government in the development of a national action plan.

Witnesses argued that the national framework must set standards for service delivery covering all aspects of mental health from prevention, promotion and advocacy through community-based services to inpatient and specialty services. It must also apply to services provided throughout every affected individual's lifespan. It must provide a stronger focus on children and adolescents, Aboriginal peoples, senior Canadians, federal inmates, women and landed immigrants.

Many stressed that a national action plan for mental health, mental illness and addiction can only be developed out of the collaboration among the federal government, provincial and territorial jurisdictions, NGOs and other stakeholders, together with individuals with mental illness/addiction.

Many stressed that a national action plan for mental health, mental illness and addiction can only be developed out of the collaboration among the federal government, provincial and territorial jurisdictions, NGOs and other stakeholders, together with individuals with mental illness/addiction.

In September 2000, the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health (CAMIMH), an organization representing some 20 NGOs, released a discussion paper calling for the development of a national action plan that would lead to a fundamental shift in how Canada deals with mental health, mental illness and addiction. This discussion paper was intended to be the first step toward the development of consensus for a national action plan on mental health, mental illness and addiction. It was seen as a tool to facilitate discussion, stimulate ideas and build a strong national coalition to promote its implementation by all levels of government. It was not intended to be a policy discussion document nor a guide to systemic reform. What has been achieved at the federal, provincial and local levels since the release of CAMIMH's call for action? Have any of the goals or the vision put forward by CAMIMH been adopted in any regions of the country? Should the NGOs represented by CAMIMH go a step further and develop a more concrete proposal for restructuring the mental health/addiction system?

More generally, what are the current obstacles to the development of a national action plan on mental health, mental illness and addiction? How should such a plan be developed and implemented? Should it be by an incremental approach or through the simultaneous reform of several large scale systems? Should Canada have a single, national, action plan? Or, should each province/territory have its own action plan but with a common vision?

Should the national action plan be developed by an incremental approach or through the simultaneous reform of several large scale systems? Should Canada have a single, national, action plan? Or, should each province/territory have its own action plan but with a common vision?

In addition to articulating a common, clear vision, should governments develop detailed goals, objectives and standards for mental health, mental illness and addiction? Would this

help to properly assess patient/client outcomes and in reporting on the system's performance?

What elements should be included in a national action plan: public and professional awareness and education; mental illness and suicide prevention, dissemination of information and/or guidelines on best practices, human resource planning (including training and education), research funding, incentives to encourage systemic integration and collaboration? What should the priorities be?

What elements should be included in a national action plan?

How can we ensure that individuals affected by mental illness and addiction and their families participate fully in the development of a national action plan?

How can we ensure that individuals affected by mental illness and addiction and their families participate fully in the development of a national action plan?

CHAPTER 8: FINANCING REFORM AND FOSTERING PERFORMANCE AND ACCOUNTABILITY

Concerns have been expressed about the total amount of funding available for mental health services supports and addiction treatment. Another issue relates to the need for a financing approach that distributes funding for mental health services and addiction treatment equitably across Canada.

The Committee heard that successful restructuring of the mental health/addiction system depends not only on ensuring that there are sufficient resources to provide the necessary services and supports. It also depends on the establishment of effective performance monitoring and evaluation tools and structures an information management infrastructure, and a funding framework which would allocate funds equitably.

8.1 LEVEL OF FUNDING

Funding for mental health services and addiction treatment is the subject of intense debate in Canada, as it is in many other countries. Provincial reports document the historical under-funding of mental health services and addiction treatment. Many believe that those with severe and persistent mental disorders have been badly served by insufficient funding. Those who have suffered particularly negative impacts have been individuals from different ethnocultural communities, individuals who are homeless, and those with concurrent disorders.⁷⁶

Many witnesses told the Committee that the proportion of overall government health care spending devoted to mental health services and addiction treatment in Canada is very low in relation to the prevalence and economic burden of mental illnesses and substance use disorders and in comparison with physical illnesses. Others claimed that not enough public funding has been allocated to ensure a successful shift from institutional care to more community-based services and supports.⁷⁷

Many witnesses told the Committee that the proportion of overall government health care spending devoted to mental health services and addiction treatment in Canada is very low in relation to the prevalence and economic burden of mental illnesses and substance use disorders and in comparison with physical illnesses.

Unfortunately, there is no simple answer to the question: “What is the right amount to spend on mental health, mental illness and addiction?” There is currently no comprehensive information on current levels of spending on mental health services and addiction. But the

There is no simple answer to the question: “What is the right amount to spend on mental health, mental illness and addiction?”

⁷⁶ First Report, Section 8.2.1.

⁷⁷ First Report, Chapter 7.

Committee heard repeatedly that there are serious gaps in services and in meeting the needs and improving outcomes for individuals with mental illness and addiction. Additional resources are likely to be required over time. To answer the question “what is the right amount to spend”, there must first be a thorough review of how current resources are used to meet the mental health needs of Canadians and the development of a plan on the most effective ways to best use existing resources.

The question of best use raises many issues. For example, can sufficient changes to the mental health/addiction system be made so that the resulting efficiencies will generate enough money to pay for needed mental health services and addiction treatment? Is more public funding needed? If so, how much? If more funding for mental health services and addiction treatment is needed, how should it be obtained – from a reallocation of existing resources or from increased taxation?

What, if any, should be the relationship between the funding for mental illness and addiction and the prevalence and economic burden of these illnesses? What should be the level and form of the federal government’s contribution to mental health services and addiction treatment? Should it be within current transfer payment mechanisms (under the CHT and CST) or should it be provided as part of a new, different funding envelope?

What, if any, should be the relationship between the funding for mental illness and addiction and the prevalence and economic burden of these illnesses?

The Committee noted with interest that the government of New Zealand has developed very detailed national targets to build capacity in the field of mental illness and addiction (such as the number of inpatient beds, community mental health workers, detoxification beds, methadone treatment places, etc.) and to calculate national funding levels and service development requirements.⁷⁸ Should Canada develop resource targets as New Zealand has done? If so, should these targets then form the basis for federal and provincial/territorial mental illness/addiction budgets? If not, how should budgets be set in this sector and by whom?

Currently, the mental health and addiction system relies on multiple sources of funding. Like its several services and supports, funding is fragmented across many different programs. Should public funding continue to reflect the fact that numerous departments are involved in mental health, mental illness and addiction? Or, should governments establish an inter-ministerial funding pool, or initiate inter-ministerial projects and initiatives with shared program costs and benefits?

Should governments establish an inter-ministerial funding pool, or initiate inter-ministerial projects and initiatives with shared program costs and benefits?

The Committee also feels that questions need to be raised about whether funding needs to emphasize the treatment of signs and symptoms of mental disorders, or the remediation of root causes. Similarly, it is crucial to determine what to fund and, perhaps even more importantly, what to stop funding.

⁷⁸ Second Report, Chapter 2, Section 2.1.1.

8.2 DEDICATED FUNDING

Many witnesses have advocated the need for a separate, protected funding envelope for mental health, mental illness and addiction. They cited Australia's experience with increased transfer payments to the states/territories earmarked for the purpose of mental health reform; In Australia, intergovernmental agreements were signed committing the states/territories to protect or maintain their level of funding. In other words, transfer payments were clearly additional or incremental to existing funding.⁷⁹ Should a comparable "ring fencing" approach to mental health funding be established in Canada? Or, should funding for mental health, mental illness and addiction be provided in a separate funding envelope? Would dedicated funds better ensure that funding for mental health, mental illness and addiction is predictable, sustainable and equitably allocated?

Should a "ring fencing" approach to mental health/addiction funding be established in Canada?

What would be the drawbacks of dedicated funding for mental health, mental illness and addiction? For example, is there a risk that funding would be directed primarily to treatment and care and away from broader social supports?

8.3 PERFORMANCE AND ACCOUNTABILITY

Numerous provincial reports and witnesses have pointed out to the Committee that there is a significant lack of accountability mechanisms in the current mental health/addiction system. The respective roles and responsibilities of the various levels of government and the multiple service providers are not clearly set out. A performance evaluation system is needed to monitor the quality and effectiveness of the services provided and the productivity of the overall system.⁸⁰

There is a significant lack of accountability mechanisms in the current mental health/addiction system. The respective roles and responsibilities of the various levels of government and the multiple service providers are not clearly set out.

In its October 2002 report on health care, the Committee recommended the establishment of a National Health Care Council to improve accountability in the health care system and to measure and report on system performance (cost-effectiveness, efficiency, quality and patient outcomes).⁸¹ We also recommended that both levels of government share accountability for the use of public health care funds.⁸²

How can Canadians become well informed on the progress being made by governments in reforming the mental health/addiction system? In implemen-

How can Canadians become well informed on the progress being made by governments in reforming the mental health/addiction system?

⁷⁹ Second Report, Chapter 1, Section 1.2.

⁸⁰ First Report, Chapter 8, Section 8.2.1.

⁸¹ *Recommendations for Reform*, October 2002, Chapter 1, pp. 5-21.

⁸² *Recommendations for Reform*, October 2002, Chapter 14, pp. 255-264.

ting provincial and national plans? In reducing stigma and discrimination? In meeting human resource needs?

Should quality assurance programs be put in place? How should quality be defined and, equally importantly, how should it be measured? What is the process by which a quality assurance program should be developed?

Should quality assurance programs be put in place? How should quality be defined and, equally importantly, how should it be measured?

Accountability and performance indicators are as important in the field of mental illness and addiction as they are in health care everywhere. In 2000, the F/P/T Advisory Network on Mental Health released a document containing a resource kit of performance indicators to facilitate ongoing accountability and evaluation of mental health services and supports. This very detailed resource kit, which was prepared for the provinces and territories, provides indicators for tracking performance at the system, program and client level. Have these indicators of accountability and performance been utilized by any jurisdictions? Should the federal government encourage the use of these indicators? If so, how?

Have the indicators of accountability and performance developed in 2000 by the F/P/T Advisory Network on Mental Health been utilized by any jurisdictions? Should the federal government encourage the use of these indicators?

Is the National Health Care Council envisioned by the Committee, and subsequently established as the National Health Council, the appropriate structure to assess, and report on, the performance of the mental health/addiction system and to improve accountability? Or, given that the mental health/addiction system requires services from a much broader range of programs and sectors than the health care system, should another entity – such as the Canadian Public Health Agency or a new federal-provincial-territorial organization – take on this responsibility?

Is the National Health Council, the appropriate structure to assess, and report on, the performance of the mental health/addiction system and to improve accountability?

CONCLUSION

The Committee recognizes that the set of issues, questions and options presented in this report, while extensive, is far from being exhaustive. Some readers of this paper may want to add to the issues list and others will feel that our set of options is not complete and will want to add new options of their own. We will welcome these additions to our work. We believe strongly that the input of Canadians will help to inform the public policy debate on the broad range of issues related to mental health, mental illness and addiction.

We acknowledge that the real experts in the field of mental illness and addiction are those individuals confronted with these disorders and their families/caregivers. We understand that, because stigma is so strong, you may hesitate to speak openly about your concerns and suggestions for reform. But we need your input! We have developed a short set of questions which are available on the Committee's website. We would like you to respond to them either directly through the internet or by regular post as the questionnaire is available in printed format.

The Committee needs the input of individuals confronted with mental illness and addiction and their families.

In addition to individuals with mental illness and addiction, their families and caregivers, we strongly invite mental health and addiction professionals, other providers of health services, representatives from nongovernmental organizations, and officials from federal and provincial/territorial governments and departments, and members of the general public to take the time to review the Issues and Options paper and its two companion reports and write to the Committee with their views on which options for reform they prefer, and why. We very much look forward to receiving the guidance of all Canadians as we prepare our final report and our set of recommendations. Please write to:

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

The Senate

Ottawa, Ontario

K1A 0A4

soc-aff-soc@sen.parl.gc.ca

fax: (613) 990-6666

APPENDIX A:
LIST OF WITNESSES
THIRD SESSION OF THE 37TH PARLIAMENT
(FEBRUARY 2, 2004 – MAY 23, 2004)

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Alzheimer Society of Canada	Steve Rudin, Executive Director	June 4, 2003	17
As individuals	Thomas Stephens, Consultant	March 20, 2003	11
	Nancy Hall, Mental Health Consultant	May 28, 2003	16
	J. Michael Grass, Past Chair, Champlain District Mental Health Implementation Task Force	June 5, 2003	17
	Loïse David Murray Ronald	February 26, 2003	9
Canadian Academy of Psychiatric Epidemiology	Dr. Alain Lesage, Past President	March 19, 2003	11
Canadian Academy of Psychiatry and the Law	Dr. Dominique Bourget, President	June 5, 2003	17
Canadian Coalition for Senior Mental Health	Dr. David K. Conn, Co-Chair; President, Canadian Academy of Geriatric Psychiatry	June 4, 2003	17
Canadian Institute for Health Information	Dr. John S. Millar, Vice-President, Research and Analysis	March 20, 2003	11
	Carolyn Pullen, Consultant	March 20, 2003	11
	John Roch, Chief Privacy Officer and Manager, Privacy Secretariat	March 20, 2003	11
Canadian Institutes of Health Research	Bronwyn Shoush, Board Member, Institute of Aboriginal Peoples' Health	May 28, 2003	16

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE No.
Canadian Institutes of Health Research	Jean-Yves Savoie, President, Advisory Board, Institute of Population and Public Health	June 12, 2003	18
	Dr. Rémi Quirion, Scientific Director, Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction	May 6, 2003	14
Canadian Mental Health Association – Ontario Division	Patti Bregman, Director of Programs	June 12, 2003	18
Canadian Paediatric Society	Dr. Diane Sacks, President-Elect	May 1, 2003	13
	Marie-Adèle Davis, Executive Director	May 1, 2003	13
Centre for Addiction and Mental Health	Jennifer Chambers, Empowerment Council Coordinator	May 14, 2003	15
	Rena Scheffer, Director, Public Education and Information Services	May 28, 2003	16
Centre hospitalier Mère-enfant Sainte-Justine	Dr. Joanne Renaud, Child and Adolescent Psychiatrist; Young Investigator, Canadian Institutes of Health Research	April 30, 2003	13
Children's Hospital of Eastern Ontario	Dr. Simon Davidson, Chairman, Division of Child and Adolescent Psychiatry	May 1, 2003	13
CN Centre for Occupational Health and Safety	Kevin Kelloway, Director	June 12, 2003	18
Douglas Hospital	Eric Latimer, Health Economist	May 6, 2003	14
	Dr. James Farquhar, Psychiatrist	May 6, 2003	14
	Dr. Mimi Israël, Head, Department of Psychiatry ; Associate Professor, McGill University	May 6, 2003	14

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Douglas Hospital	Myra Piat, Researcher	May 6, 2003	14
	Ampara Garcia, Clinical Administrative Chief, Adult Ultraspecialized Services Division	May 6, 2003	14
	Manon Desjardins, Clinical Administration Chief, Adult Sectorized Services Division	May 6, 2003	14
	Jacques Hendlisz, Director General	May 6, 2003	14
	Robyne Kershaw-Bellmare, Director of Nursing Services	May 6, 2003	14
Global Business and Economic, Roundtable and Addiction and Mental Health	Rod Phillips, President and Chief Executive Officer, Warren Sheppell Consultants	June 12, 2003	18
Hamilton Health Sciences Centre	Venera Bruto, Psychologist	June 4, 2003	17
Health Canada	Tom Lips, Senior Advisor, mental Health, Healthy Communities Division, Population and Public Health Branch	March 19, 2003	11
	Pam Assad, Associate Director, Division of Childhood and Adolescence, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch	April 30, 2003	13
Laval University	Dr. Michel Maziade, Head, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine	May 6, 2003	14
Louis-H. Lafontaine Hospital	Jean-Jacques Leclerc, Director, Rehabilitation Services and Community Living	May 6, 2003	14
	Dr. Pierre Lalonde, Director, Clinique jeunes adultes	May 6, 2003	14

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE No.
McGill University	Dr. Howard Steiger, Professor, Psychiatry Department; Director, Eating Disorders Program, Douglas Hospital	May 1, 2003	13
Province of British Columbia	Patrick Storey, Chair, Minister's Advisory Council on Mental Health	May 14, 2003	15
	Heather Stuart, Associate Professor, Community Health and Epidemiology	May 14, 2003	15
Queen's University	Dr. Julio Arboleda-Florèz, Professor and head, Department of Psychiatry	March 20, 2003	11
Registered Nurses of Canada	Margaret Synyshyn, President	May 29, 2003	16
Statistics Canada	Lorna Bailie, Assistant Director, Health Statistics Division	March 20, 2003	11
St. Joseph's Health Care London	Maggie Gibson, Psychologist	June 4, 2003	17
St. Michaels Hospital	Dr. Paul Links, Arthur Sommer Rothenberg Chair in Suicide Studies	March 19, 2003	11
Université du Québec à Montréal	Henri Dorvil, Professor, School of Social Work	May 6, 2003	14
	Dr. Michel Tousignant, Professor, Centre de recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie	May 6, 2003	14
University of British Columbia	Dr. Charlotte Waddell, Assistant Professor, Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine	May 1, 2003	13

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
University of Calgary	Dr. Donald Addington, Professor and Head, Department of Psychiatry	May 29, 2003	16
University of Manitoba	John Arnett, Head, Department of Clinical Health Psychology, Faculty of Medicine	May 28, 2003	16
	Robert McIlwraith, Professor and Director, Rural and Northern Psychology Program	May 29, 2003	16
University of Montreal	Laurent Mottron, Researcher, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine	May 6, 2003	14
	Dr. Richard Tremblay, Canada Research Chair in Child Development, Professor of Pediatrics, Psychiatry and Psychology, Director, Centre of Excellence for Early Childhood Development	May 6, 2003	14
	Dr. Jean Wilkins, Professor and Paediatrics, Faculty of Medicine	May 6, 2003	14
	Dr. Renée Roy, Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine	May 6, 2003	14
University of Ottawa	Tim D. Aubry, Associate Professor, Co-Director, Centre for Research and Community Services	June 5, 2003	17
	Dr. Jeffrey Turnbull, Chairman, Department of Medicine, Faculty of Medicine	June 5, 2003	17

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE No.
University of Toronto	Dr. Joe Beitchman, Professor and Head, Division of Child Psychiatry, Department of Psychiatry; Psychiatrist-in-Chief, Hospital for Sick Children	April 30, 2003	13
	Dr. David Marsh, Clinical Director, Addiction Medicine, Centre for Addiction and Mental Health	May 29, 2003	16

APPENDIX B:
LIST OF WITNESSES

THE SECOND SESSION OF THE 37TH PARLIAMENT
(SEPTEMBER 30, 2002 – NOVEMBER 12, 2003)

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Alberta Mental Health Board	Ray Block, Chief Executive Officer	April 28, 2004	7
Alberta Mental Health Board	Sandra Harrison, Executive Director, Panning, Advocacy & Liaison	April 28, 2004	7
Anxiety Disorders Association of Canada	Peter McLean, Vice-President	May 12, 2004	9
As individuals	Charles Bosdet	April 29, 2004	7
	Pat Caponi		
	Don Chapman		
Australia, Government of (by <i>videoconference</i>)	Dermot Casey, Assistant Secretary, Health Priorities and Suicide Prevention Branch, Department of Health and Ageing	April 20, 2004	6
	Jenny Hefford, Assistant Secretary, Drug Strategy Branch, Department of Health and Ageing		
British Columbia Ministry of Health Services	Irene Clarkson, Executive Director, Mental Health and Addictions	April 28, 2004	7
Canadian Association of Social Workers	Stephen Arbuckle, Member, Health Interest Group	March 31, 2004	5
Canadian Medical Association	Dr. Sunil Patel, President	March 31, 2004	5
	Dr. Gail Beck, Acting Associate Secretary General		
Canadian Mental Health Association	Penny Marrett, Chief Executive Officer	May 12, 2004	9

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Canadian Nurses Association, the Canadian Federation of Mental Health Nurses and the Registered Psychiatric Nurses of Canada	Nancy Panagabko, President, Canadian Federation of Mental Health Nurses	March 31, 2004	5
	Annette Osten, Board Member, Canadian Nurses Association	March 31, 2004	5
Canadian Psychiatric Association	Dr. Blake Woodside, Chairman of the Board	March 31, 2004	5
Canadian Psychological Association	John Service, Executive Director	March 31, 2004	5
Centre for Addiction and Mental Health	Christine Bois, Provincial Priority Manager for Concurrent Disorders	May 5, 2004	8
	Wayne Skinner, Clinical Director, Concurrent Disorder Program		
	Brian Rush, Research Scientist, Social Prevention and Health Policy		
Centre for Suicide Prevention	Diane Yackel, Executive Director	April 21, 2004	6
Cognos	Marilyn Smith-Grant, Senior Human Resources Specialist	April 1, 2004	5
Correctional Service of Canada	Larry Motiuk, Director General, Research	April 29, 2004	7
	Françoise Bouchard, Director General, Health Services	April 29, 2004	7
Douglas Hospital	Dr. Gustavo Turecki, Director, McGill Group for Suicide Studies, McGill University	April 21, 2004	6
House of Commons	The Honourable Jacques Saada, P.C., M.P., Leader of the Government in the House of Commons and Minister responsible for Democratic Reforms	April 1, 2004	5

Human Resources and Skills Development Canada	Bill Cameron, Director General, National Secretariat on Homelessness	April 29, 2004	7
Human Resources and Skills Development Canada	Marie-Chantal Girard, Strategic Research Manager, National	April 29, 2004	7
Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction	Richard Brière, Assistant Director	April 21, 2004	6
McGill University (by videoconference)	Dr. Laurence Kirmayer, Director, Division of Social and Transcultural Psychiatry, Department of Psychiatry	May 13, 2004	9
Mood Disorder Society of Canada	Phil Upshall, President	May 12, 2004	9
Native Mental Health Association of Canada	Brenda M. Restoule, Psychologist and Ontario Board Representative	May 13, 2004	9
New Zealand, Government of (by videoconference)	Janice Wilson, Deputy Director General, Mental Health Directorate, Ministry of Health	May 5, 2004	8
	David Chaplow, Director and Chief Advisor of Mental Health		
	Arawhetu Peretini, Manager of Maori Mental Health		
	Phillipa Gaines, Manager of Systems Development of Mental Health		
Nova Scotia Department of Health	Dr. James Millar, Executive Director, Mental Health and Physician Services	April 28, 2004	7
Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction	David Kelly, Executive Director	May 5, 2004	8
Ontario Hospital Association	Dr. Paul Garfinkel, Chair, Mental Health Working Group	March 31, 2004	5

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Privy Council Office	Ron Wall, Director, Parliamentary Operations, Legislation and House Planning	April 1, 2004	5
Privy Council Office	Ginette Bougie, Director, Compensation and Classification	April 1, 2004	5
Public Service Alliance of Canada	John Gordon, National Executive Vice-President	April 1, 2004	5
	James Infantino, Pensions and Disability Insurance Officer		
Schizophrenia Society of Canada	John Gray, President-Elect	May 12, 2004	9
Simon Fraser University (by videoconference)	Margaret Jackson, Director, Institute for Studies in Criminal Justice Policy	April 29, 2004	7
Six Nations Mental Health Services	Dr. Cornelia Wieman, Psychiatrist	May 13, 2004	9
Treasury Board Secretariat	Joan Arnold, Director, Pensions Legislation Development, Pensions Division	April 1, 2004	5
U.S. Campaign for Mental Health Reform	William Emmet, Coordinator	April 1, 2004	5
U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health (by videoconference)	Michael Hogan, Chair	April 1, 2004	5
United Kingdom, Government of (by videoconference)	Anne Richardson, Head of the Mental Health Policy Branch, Department of Health	May 6, 2004	8
	Adrian Sieff, Head of the Mental Health Legislation Branch		

APPENDIX C:

LIST OF INDIVIDUALS WHO RESPONDED TO A LETTER FROM THE COMMITTEE ON PRIORITIES FOR ACTION

CANADIAN RESEARCH GROUP

CancerCare Manitoba	Harvey Max Chochinov, MD, PhD, FRCPC, Canada Research Chair in Palliative Care, Director, Manitoba Palliative Care Research Unit, CancerCare Manitoba, Professor, Department of Psychiatry, Community Health Sciences and Family Medicine (Division of Palliative Care) University of Manitoba
Carleton University	Dr. Hymie Anisman, Canadian Research Chair in Neuroscience, Ontario Mental Health Foundation Senior Research Fellow
Douglas Hospital Research Centre	Ashok Malla, MD, FRCPC Canada Research Chair in Early Psychosis, Professor of Psychiatry, McGill University, Director, Clinical Research Division
McGill University Health Centre	Eric Fombonne, MD, FRCPsych, Canada Research Chair in Child Psychiatry, Professor of Psychiatry, University McGill, Director, Montreal Children's Hospital
University of Alberta	Glen B. Baker, PhD, DSc, Professor and Chair, Canada Research Chair in Neurochemistry and Drug Development
University of Manitoba – Faculty of Medicine	Brian J. Cox, Ph.D., C. Psych., Canada Research Chair in Mood and Anxiety Disorders, Associate Professor of Psychiatry, Adjunct Professor, Departments of Community Health Sciences and Psychology

DEANS OF MEDICAL SCHOOLS

Kingston General Hospital	Samuel K. Ludwin, M.B.B., Ch., F.R.C.P.C., Vice-President, (Research Development)
McGill University Health Centre	Joel Paris, M.D., Professor and Chair, Department of Psychiatry
University of Alberta	Dr. L. Beauchamp, Dean, Faculty of Education
University of Sherbrooke	Pierre Labossière, P. Eng., Ph.D., Associate Vice-Rector, Research
University of Western Ontario	Dr. Carol P. Herbert, Dean of Medicine and Dentistry

ILLNESS RELATED GROUP

Canada's Research-Based Pharmaceutical Companies	Murray J. Elston, President
Eli Lilly Canada Inc.	Terry McCool, Vice-President, Corporate Affairs
GlaxoSmith Kline	Geoffrey Mitchinson, Vice-President of Public Affairs
Merck Frosst Canada	André Marcheterre, President
NSERC	Thomas A. Brzustowski, President
Ontario Mental Health Foundation	Howard Cappell, Ph.,D. (C.Psych) Executive Director
Roche Pharmaceuticals	Ronnie Miller, President & C.E.O.
Schizophrenia Society of Canada	Fred Dawe, President

MENTAL HEALTH ETHICS GROUP

Centre for Addiction and Mental Health	Paul E. Garfinkel, MD, FRCPC, President and CEO
McGill University – Douglas Hospital Research Centre	Maurice Dongier, Professor of Psychiatry

Parkwood Hospital, St. Joseph's Health Care London	Maggie Gibson, Ph. D., Psychologist, Veterans Care Program
Queen's University	J. Arboleda-Florèz, Professor and Head, Department of Psychiatry
Salvation Army – Territorial Headquarters Canada and Bermuda	Glen Shepherd, Colonel, Chief Secretary
St-Paul's Hospital	Mark Miller, C.S.s.R., Ph.D. Ethicist
University of Alberta	Wendy Austin, RN, Ph. D., Canada Research Chair, Relational Ethics in Health Care, Faculty of Nursing and John Dosseter Health Ethics Centre
University of Alberta, Faculty of Nursing	Genevieve Gray, Dean and Professor, Faculty of Nursing
University of British Columbia	Peter D. McLean, Ph.D. Professor and Director, Anxiety Disorders Unit
University of Western Ontario	Nancy Fedyk, Executive Assistant to the Dean
Winnipeg Regional Health Authority	Linda Hughes, Chair, WRHA Mental Health Ethics Committee
York University	David Shugarman, Director

PRESIDENT OF UNIVERSITY

Institute of Mental Health Research – University of Ottawa	Zul Merali, Ph. D., President and CEO
McGill University	Heather Munroe-Blum, Professor of Epidemiology and Biostatistics
University of Lethbridge	Lynn Basford, Dean, Health Sciences

GOVERNMENT RESPONSIBILITY

Canadian Coalition for Seniors	J. Kenneth Le Clair, MD, FRCPC, Co-Chair, Canadian Coalition for Seniors Mental Health, Professor and Chair, Geriatric Division, Department of Psychiatry, Queen's University, Clinical Director, Specialty Geriatric Psychiatry Program
Canadian Coalition for Seniors Mental Health	David K. Conn, MB., FRCPC, Co-Chair Canadian Coalition for Seniors Mental Health, Psychiatrist-in-Chief, Department of Psychiatry, Baycrest Centre for Geriatric Care, Associate Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto, President, Canadian Academy of Geriatric Psychiatry
Canadian Institute of Health Research	Dr. Jeff Reading, PhD, Scientific Director – Institute of Aboriginal Peoples's Health
Canadian Mental Health Association	Bonnie Pape, Director of Programs & Research, Canadian Mental Health Association – National Office
Dalhousie University – Department of Psychology	Patrick J. McGrath, OC, PhD, FRSC, Co-ordinator of Clinical Psychology, Killam Professor of Psychology, Professor of Pediatrics and Psychiatry, Canada Research Chair, Psychologist IWK Health Centre
Dalhousie University, Faculty of Medicine	David Zitner, D. Ph., Director, Medical Informatics
Department of Health and Wellness New-Brunswick	Ken Ross, Assistant deputy Minister
Douglas Hospital Research Centre	Michel Perreault, Ph. D., Researcher, Douglas Hospital, Professor, Department of Psychiatry McGill University
Douglas Hospital Research Centre - Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction	Rémi Quirion, Scientific Director, (INMHA)

Faculty of Medicine – University of Ottawa	Jacques Bradwejn, MD FRCPC, DABPN, Chair of the Department of Psychiatry, Psychiatrist-in-Chief, Royal Ottawa Hospital, Head of Psychiatrist, The Ottawa Hospital
Family Council: Empowering Families in Addictions and Mental Health	Betty Miller, Coordinator, The Family Council
Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health – Affiliated with the Centre for Addiction and Mental Health	Bill Wilkerson, Co-Founder and Chief Executive Officer
Human Resources Development Canada	Deborah Tunis, Director General, Office for Disability Issues
McGill University Health Centre	Juan C. Negrete, MD, FRCPC(C) Professor of Psychiatry, McGill University, Chair, Addictions Section, Canadian Psychiatric Association
McMaster University	Dr. Richard P. Swinson, MD, FRCPC, Morgan Firestone Chair in Psychiatry, Psychiatry & Behavioural Neurosciences, McMaster University, Chief, Department of Psychiatry, St. Joseph's Healthcare
NAHO National Aboriginal Health Organization	Judith G. Bartlett, M.D. CCFP, Chairperson
Ottawa Hospital	Paul Roy, MD, FRCPC, Assistant Professor of Psychiatry, University of Ottawa, Director, Ottawa First Episode Psychosis Program
Royal Ottawa Hospital	J. Paul Fedoroff, M.D., Associate Professor of Psychiatry, University of Ottawa, Research Director, Forensic Unit, Institute of Mental Health Research
Six Nations Mental Health Services	Cornelia Wieman, M.D., FRCPC, Psychiatrist
Syncrude	Eric P. Newell, Chairman & Chief Executive Officer

University of British Columbia – Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, Department of Psychiatry	Elliot Goldner, MD, MHSc, FRCPC, Head, Division of Mental Health Policy & Services
University of Ottawa – Office of the Vice-President, Research	Yvonne Lefebvre, Ph.D., Associate Vice-President, Research
University of Ottawa- School of Psychology	John Hunsley, Ph.D., C. Psych., Professor of Psychology
University of Toronto – Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre	Nathan Herrmann, M.D., F.R.C.P. (C)

SENATE



SÉNAT

RAPPORT 3

Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie:

Problèmes et options pour le Canada

Rapport provisoire du
Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

L'honorable Michael J.L. Kirby, *président*
L'honorable Wilbert Joseph Keon, *vice-président*

Novembre 2004

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	i
ORDRE DE RENVOI.....	iii
SÉNATEURS	iv
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1: PRESTATION DES SERVICES ET DES MOYENS DE SOUTIEN	5
1.1 SYSTÈME AXÉ SUR LE PATIENT/CLIENT ET ORIENTÉ SUR LE RÉTABLISSEMENT PAR LE BIAIS DE PLANS D'INTERVENTION PERSONNALISÉS	5
1.2 PRESTATION DE SERVICES ET DE MOYENS DE SOUTIEN COMPATIBLES AVEC LA CULTURE DES PATIENTS/CLIENTS	7
1.3 COORDINATION ET INTÉGRATION DU SYSTÈME PRIVILÉGIANT UNE PRESTATION COMMUNAUTAIRE	7
1.4 DÉPISTAGE ET INTERVENTION PRÉCOCES.....	9
1.5 AMÉLIORATION DE L'ACCÈS	10
CHAPITRE 2: GROUPES ET SOUS-GROUPES CONCERNÉS	13
2.1 ENFANTS ET ADOLESCENTS.....	13
2.2 AUTOCHTONES.....	15
2.3 PERSONNES ÂGÉES	17
2.4 CAS COMPLEXES.....	19
CHAPITRE 3: MILIEU DE TRAVAIL	21
3.1 EMPLOYEURS.....	21
3.2 COMMISSIONS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL	23
3.3 PROGRAMMES FÉDÉRAUX DE LA SÉCURITÉ DU REVENU	24
3.4 GOUVERNEMENT FÉDÉRAL, EMPLOYEUR DE TAILLE...25	
CHAPITRE 4: PROBLÈMES PARTICULIERS.....	27
4.1 COMBATTRE LA STIGATISATION ET LA DISCRIMINATION	27
4.2 PRÉVENTION DU SUICIDE	29

CHAPITRE 5: RESSOURCES HUMAINES.....	33
5.1 OFFRE DE RESSOURCES HUMAINES	33
5.2 SECTEUR DES SOINS PRIMAIRES	34
5.3 TRAVAILLEURS COMMUNAUTAIRES ET POLICIERS	36
5.4 SOUTIEN DES AIDANTS NATURELS.....	37
CHAPITRE 6: BANQUE D'INFORMATION NATIONALE, RECHERCHE ET TECHNOLOGIE.....	39
6.1 ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES.....	39
6.2 BANQUE D'INFORMATION NATIONALE.....	40
6.3 RECHERCHE	41
6.4 TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION ET DES COMMUNICATIONS.....	44
6.5 PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	48
CHAPITRE 7: LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL	51
7.1 RÔLE DIRECT.....	51
7.2 RÔLE INDIRECT.....	52
7.3 COLLABORATION INTERGOUVERNEMENTALE.....	54
7.4 PLAN D'ACTION NATIONAL.....	56
CHAPITRE 8: FINANCEMENT DE LA RÉFORME, RENDEMENT ET REDDITION DE COMPTES	59
8.1 NIVEAU DE FINANCEMENT	59
8.2 FINANCEMENT DISTINCT	61
8.3 RENDEMENT ET REDDITION DE COMPTES	61
CONCLUSION	63
ANNEXE A: LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ TROISIÈME SESSION DE LA 37^E LÉGISLATURE (2 FÉVRIER AU 23 MAI 2004)	I
ANNEXE B: LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ DEUXIÈME SESSION DE LA 37^E LÉGISLATURE (30 SEPTEMBRE 2002 – 12 NOVEMBRE 2003).....	IX
ANNEXE C: LISTE DES INDIVIDUS QUI ONT RÉPONDU À UNE LETTRE DU COMITÉ AU SUJET DES PRIORITÉS POUR LA RÉFORME DANS LE SECTEUR DE LA MALADIE MENTALE	XV

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 7 octobre 2004

L'honorable sénateur Kirby propose, appuyé par l'honorable sénateur Losier-Cool,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner, pour en faire rapport, les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système des soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le Comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale ;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur l'étude de la santé mentale et des maladies mentales par le Comité durant la trente-septième législature soient déferés au Comité ;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 16 décembre 2005 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions jusqu'au 31 mars 2006.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

SÉNATEURS

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologies sur l'état du système de soins de santé (plus particulièrement sur la santé mentale):

L'honorable Michael J. L. Kirby, président du Comité

L'honorable Wilbert Joseph Keon, vice-président du Comité

Les honorables sénateurs:

Catherine S. Callbeck

Ethel M. Cochrane

Joan Cook

Jane Mary Cordy

Joyce Fairbairn, P.C.

Aurélien Gill

Janis G. Johnson

Marjory LeBreton

Viola Léger

Yves Morin

Lucie Pépin

Brenda Robertson (retraîtée)

Douglas Roche (retraité)

Eileen Rossiter (retraîtée)

Marilyn Trenholme Counsell

Membres d'office du Comité:

Les honorables sénateurs: Jack Austin P.C. (ou William Rompkey) et Noël A. Kinsella (ou Terrance Stratton)

Autres sénateurs ayant participé de temps à autre à cette étude:

Les honorables sénateurs Di Nino, Forrestall, Kinsella, Lynch-Staunton, Milne et Murray.

SANTÉ MENTALE, MALADIE MENTALE ET TOXICOMANIE: PROBLÈMES ET OPTIONS POUR LE CANADA

INTRODUCTION

Nous allons passer brièvement en revue les grands problèmes que posent la prestation des services de santé mentale et les traitements contre la toxicomanie au Canada, proposer des pistes de solutions pour certains d'entre eux et lancer un débat public qui permettra aux Canadiens de donner leur opinion sur la façon de les régler.

Deux autres rapports résumant les données dont nous nous sommes servis viennent compléter ce document qui présente les problèmes et les solutions. Le premier, intitulé *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada*, donne un aperçu des politiques et des services au pays en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie.¹ Le second, intitulé *Politiques et programmes de certains pays en matière de santé mentale*, décrit les politiques et programmes en vigueur dans quatre pays – l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis – et en tire des conclusions applicables à la réforme du domaine de la santé mentale au Canada.² Le Comité incite ardemment les intéressés à lire attentivement les deux rapports complémentaires avant de préparer leurs interventions.

Les problèmes, principes, questions et solutions que nous exposons ci-dessous sont en partie le produit de ce que le Comité a appris aux audiences publiques qu'il a tenues entre février 2003 et mai 2004. Il en entendu 104 témoins en 24 séances publiques qui ont duré 55 heures en tout. De plus, le Comité a reçu 43 lettres et 114 mémoires, commandé deux études (l'une sur la recherche et l'autre sur les questions d'éthique) et fait librement usage des publications des théoriciens autant que des praticiens sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.

Le Comité est impatient de savoir quelles politiques gouvernementales, tant au palier provincial/territorial que fédéral, les Canadiens privilégient pour résoudre les problèmes soulevés ci-après. Il tiendra des séances publiques dans tout le pays de février à juin 2005 avant de publier, en novembre 2005, ses recommandations sur la meilleure façon de régler les problèmes et questions traités.

Le Comité tiendra des séances publiques dans tout le pays de février à juin 2005 avant de publier, en novembre 2005, ses recommandations sur la meilleure façon de régler les problèmes et questions traités.

¹ Ci-après le « Premier rapport ».

² Ci-après le « Deuxième rapport ».

Le présent document *Problèmes et options* peut être considéré comme un sommaire des constatations et observations présentées dans les deux rapports complémentaires. Il ne saurait en être dissocié et il renvoie d'ailleurs constamment à ceux-ci. **Par conséquent, le Comité encourage instamment les lecteurs à consulter les sections pertinentes des premier et deuxième rapports à mesure qu'ils examinent les problèmes, questions et options présentés ci-après.**

Le plan du rapport reflète le parti pris de notre étude pour la perspective du patient/client. Ainsi, les problèmes de prestation des services sont analysés du point de vue de la personne qui bénéficie du service ou moyen de soutien plutôt que de celui de l'établissement ou organisme qui le fournit. Par ailleurs, les problèmes sont traités en fonction des besoins propres à certains segments de la population – enfants et adolescents, personnes âgées, Canadiens autochtones, patients au cas complexe – et non du type de trouble mental.

Nous traitons aussi des services et des moyens de soutien nécessaires pour répondre adéquatement aux besoins du patient/client et soulevons des questions à propos des politiques gouvernementales à adopter compte tenu des problèmes de ressources humaines en santé mentale, de la réforme des soins de santé primaires, de la recherche en santé mentale et de l'usage de la technologie (p. ex. dossiers électroniques des patients et télésanté).

Enfin, nous présentons en conclusion une série de questions sur le rôle que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient être appelés à jouer pour améliorer le réseau canadien des services en santé mentale et en toxicomanie. Par exemple, quels devraient être les éléments clés des plans d'action fédéraux et provinciaux pour la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie? Comment faudrait-il contrôler la mise en œuvre de ces plans? Comment et à qui les gouvernements devraient-ils rendre compte de la mise en œuvre de leurs plans? Comment devrait-on financer l'amélioration des services en santé mentale et du traitement de la toxicomanie? S'il faut augmenter les budgets, comment obtenir les montants supplémentaires et de quelles sources?

Le Comité est conscient que s'il est bien de faire des recommandations, encore faut-il que celles-ci soient mises en œuvre pour que tout son travail sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie soit vraiment utile.

Le Comité presse tous ceux et toutes celles qui s'intéressent à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie de participer à la phase consultative prochaine, soit en venant témoigner entre février et juin 2005, soit en faisant parvenir une lettre ou un mémoire exposant votre opinion. La qualité de notre rapport final et de nos recommandations, voire le bien-être de tous ceux qui sont aux prises avec la maladie mentale ou la toxicomanie au Canada dépendent de la libre discussion des problèmes, des questions et des options exposés ci-dessous et de l'abondance des commentaires qui nous seront transmis.

Le Comité comprend parfaitement qu'il ne pourra y avoir progrès que lorsqu'une très forte proportion de ceux qui s'occupent de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie seront disposés à contribuer tangiblement au changement, notamment en modifiant, à leur niveau, leur participation au « système ».

Le Comité est conscient que s'il est bien de faire des recommandations, encore faut-il que celles-ci soient mises en œuvre pour que tout son travail sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie soit vraiment utile. Il sait aussi qu'une étude, même très solide, aboutit invariablement sur les tablettes si les recommandations qu'elle contient se heurtent à une trop forte résistance de la part des principaux intéressés. Par conséquent, le Comité a particulièrement hâte de connaître le point de vue de ces principaux intéressés sur les solutions pratiques exposées ici afin d'optimiser les chances que ses recommandations ne restent pas sans suite. Compte tenu du degré de résistance au changement qu'on trouve dans tout grand système, en particulier dans un système qui regroupe autant d'intervenants que la santé mentale et la toxicomanie, il est difficile de produire des recommandations qui peuvent être mises en pratique et qui le seront effectivement. C'est pourtant l'objectif primordial du Comité. Cela dit, le Comité comprend parfaitement qu'il ne pourra y avoir progrès que lorsqu'une très forte proportion de ceux qui s'occupent de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie seront disposés à contribuer tangiblement au changement, notamment en modifiant, à leur niveau, leur participation au « système ».

CHAPITRE 1: PRESTATION DES SERVICES ET DES MOYENS DE SOUTIEN

Le système envisagé par le Comité pour la santé mentale et le traitement de la toxicomanie a deux caractéristiques clés : il est axé sur le patient et sur son rétablissement. Il adapte ses services pour qu'ils répondent aux besoins du patient/client dans le respect de ses sensibilités culturelles. Il assure le diagnostic et le traitement précoces du patient dès les premiers signes de maladie mentale ou de toxicomanie.

C'est aussi un système parfaitement intégré dans lesquels les services et moyens de soutien sont accessibles, de grande qualité et bien coordonnés. Nous rejetons dès lors carrément l'actuelle approche du cloisonnement des services en santé mentale et en toxicomanie (également appliquée dans une trop grande partie du réseau des services de santé en général).

1.1 SYSTÈME AXÉ SUR LE PATIENT/CLIENT ET ORIENTÉ SUR LE RÉTABLISSEMENT PAR LE BIAIS DE PLANS D'INTERVENTION PERSONNALISÉS

L'une des principales critiques formulées à l'endroit des services et des moyens de soutien en santé mentale et en traitement de la toxicomanie au Canada, tient à ce que le système s'organise surtout autour du fournisseur (et souvent pour sa commodité à lui) plutôt qu'autour du patient/client. Au lieu de s'adapter aux besoins des patients/clients atteint de maladie mentale ou de toxicomanie, on demande à ces derniers de s'adapter au système et de se contenter des services et des moyens de soutien qu'il est en mesure de leur fournir.³

L'une des principales critiques formulées à l'endroit des services et des moyens de soutien en santé mentale et en traitement de la toxicomanie au Canada, tient à ce que le système s'organise surtout autour du fournisseur (et souvent pour sa commodité à lui) plutôt qu'autour du patient/client.

Voilà une constatation assez accablante, d'autant plus qu'elle est confirmée par plusieurs études provinciales ayant reconnu qu'il faut recentrer sur l'individu la prestation des services et des moyens de soutien en santé mentale et en toxicomanie. Pour améliorer la qualité de vie des patients/clients, il faudrait offrir sans délai des traitements, des services et des moyens de soutien sûrs et efficaces qui s'articuleraient autour des besoins des personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie.⁴

Fournir des services et des moyens de soutien conçus expressément pour le patient est essentiel à son rétablissement.

Notre analyse internationale comparée montre que, dans les autres pays, on a précisément recentré le

³ Premier rapport, chapitre 8.

⁴ Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.1.

système sur le patient/client dans le domaine de la maladie mentale et de la toxicomanie.⁵ Ainsi, dans certains pays, chaque patient atteint de graves troubles mentaux fait l'objet d'un plan d'intervention personnalisé résolument orienté sur le rétablissement.

Fournir des services et des moyens de soutien conçus expressément pour le patient est essentiel à son rétablissement. Le plan d'intervention personnalisé fournit une description détaillée des services et des moyens de soutien dont un malade mental ou un toxicomane a besoin pour se rétablir définitivement; il s'ajuste aux besoins du patient/client qui évoluent en fonction de sa maladie et de son âge.⁶ Le financement de la réalisation des plans d'intervention personnalisés est habituellement rattaché au patient lui-même. Les patients qui ont besoin de services ou de moyens de soutien multiples et leurs familles ne devraient pas avoir à en faire la coordination eux-mêmes (comme c'est presque toujours le cas à l'heure actuelle); ce fardeau devrait être partagé avec les fournisseurs des services et moyens de soutien nécessaires.

Le Comité est maintenant convaincu que le statu quo est inacceptable. Alors, comment faut-il procéder pour recentrer le système des services en santé mentale et en toxicomanie sur le patient/client? Faudrait-il aller jusqu'à l'adoption de plans d'intervention personnalisés et, dans l'affirmative, à quels types de patients/clients cette méthode serait-elle applicable? Quels types de renseignements ces plans devraient-ils contenir; autrement dit, que devraient-ils prévoir? Que faut-il changer à la structure actuelle de prestation des services pour offrir des plans d'intervention personnalisés aux malades mentaux et toxicomanes? Qui devrait coordonner la mise en œuvre du plan d'intervention personnalisé de chaque patient/client?

Le Comité est maintenant convaincu que le statu quo est inacceptable. Alors, comment faut-il procéder pour recentrer le système des services en santé mentale et en toxicomanie sur le patient/client?

Si l'on modifiait le mode de rémunération des professionnels et des établissements au profit d'un financement rattaché au patient/client, cela aurait-il un effet incitatif assez puissant pour que les services et moyens de soutien en maladie mentale et toxicomanie se recentrent véritablement sur le patient/client? Dans l'affirmative, quelles modifications s'imposent pour permettre l'implantation de ce nouveau mode de financement/rémunération? Dans le cas contraire, quels incitatifs sont envisageables et comment parvenir à les introduire dans le système pour provoquer les changements qui favoriseront un recentrage sur le patient/client? De façon générale, quelles seraient les implications d'un budget rattaché au patient?

Quels incitatifs sont envisageables et comment parvenir à les introduire dans le système pour provoquer les changements qui favoriseront un recentrage sur le patient/client?

En outre, le Comité fait remarquer dans son premier rapport que la faculté décisionnelle de ceux qui souffrent d'une maladie mentale ou de toxicomanie peut être affaiblie à degrés divers et irrégulièrement dans le temps.⁷ En conséquence, comment un système centré sur le

⁵ Deuxième rapport, chapitre 5, section 5.7.

⁶ Premier rapport, chapitre 4, section 4.9.

⁷ Premier rapport, chapitre 8 (section 8.3) et chapitre 11 (section 11.2).

patient/client peut-il mettre en équilibre les droits individuels des personnes atteintes de graves troubles mentaux et le rôle que doit jouer la société en s'occupant d'elles avec compassion tout en se protégeant? Y a-t-il lieu d'entreprendre une révision des lois des diverses provinces et territoires concernant la santé mentale en vue de supprimer les disparités qui s'observent actuellement, pour arriver à un cadre légal national et uniforme?

1.2 PRESTATION DE SERVICES ET DE MOYENS DE SOUTIEN COMPATIBLES AVEC LA CULTURE DES PATIENTS/CLIENTS

Certains segments de la population canadienne éprouvent des difficultés d'accès particulières et reçoivent des services de qualité inférieure à cause de barrières culturelles, linguistiques ou géographiques. Ce sont les Autochtones, les personnes de culture ou de langue différente de celles de la majorité, et les résidents de régions rurales ou éloignées. En fait, le manque de services et de moyens de soutien adaptés aux cultures dessert bien des gens.

Un nombre croissant de Canadiens proviennent de milieux culturels et linguistiques différents. De quels mécanismes faut-il se doter pour offrir des services et des moyens de soutien qui respectent la culture du patient/client? Le gouvernement fédéral a-t-il un rôle à jouer à cet égard, puisqu'il lui incombe de promouvoir la diversité

Un nombre croissant de Canadiens proviennent de milieux culturels et linguistiques différents. De quels mécanismes faut-il se doter pour offrir des services et des moyens de soutien qui respectent la culture du patient/client?

culturelle? De plus, que pensent les Canadiens appartenant à une minorité de langue officielle, de leur accès au réseau des services en santé mentale et en toxicomanie? Que peut faire le gouvernement fédéral pour qu'aucune barrière linguistique n'empêche un patient de recevoir les soins dont il a besoin? [Le rôle du gouvernement fédéral dans la prestation des services en santé mentale et en toxicomanie en milieu autochtone est traité en détail au chapitre 2 (section 2.2) et au chapitre 7 (section 7.1) ci-après.]

1.3 COORDINATION ET INTÉGRATION DU SYSTÈME PRIVILÉGIANT UNE PRESTATION COMMUNAUTAIRE

Les gens atteints d'une maladie mentale ou d'une toxicomanie sont souvent désespérés et se sentent dépassés lorsqu'ils doivent non seulement trouver des services et des moyens de soutien, mais aussi faire l'intégration des soins psychiatriques, des traitements contre la toxicomanie, des services d'aide (logement, éducation, etc.) et d'un régime de prestations d'invalidité qui relèvent d'une foule de programmes, tout à fait indépendants les uns des autres, ressortissant à d'organismes fédéraux, provinciaux et régionaux, ainsi qu'à diverses organisations non gouvernementales.⁸ Comment faire pour répartir équitablement le fardeau de la coordination

Comment faire pour répartir équitablement le fardeau de la coordination et de l'intégration des services et moyens de soutien entre le système, d'une part, et les patients et leurs familles, d'autre part?

⁸ Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.1.

et de l'intégration des services et moyens de soutien entre le système, d'une part, et les patients et leurs familles, d'autre part?

Pour abandonner l'approche du cloisonnement qui prédomine actuellement dans le monde de la santé mentale et du traitement des toxicomanies et assurer une prestation intégrée des soins, il faudrait que les nombreuses organisations qui offrent des services renoncent à leur autonomie. Quels outils employer pour mettre sur pied un système intégré regroupant les services et moyens de soutien en santé mentale et le traitement de la toxicomanie? Quels incitatifs permettraient de surmonter les obstacles qui empêchent les organismes en place de travailler de concert, en abandonnant leur autonomie au profit de l'interdépendance? Il semble y avoir un sérieux dédoublement et chevauchement entre la multitude d'ONG qui dispensent des services et des moyens de soutien aux malades mentaux et aux toxicomanes; comment peut-on éliminer ce problème?

Quels incitatifs permettraient de surmonter les obstacles qui empêchent les organismes en place de travailler de concert, en abandonnant leur autonomie au profit de l'interdépendance?

Quel est le meilleur moyen d'intégrer les services et programmes en toxicomanie pour composer un véritable réseau de services en santé mentale? Comment améliorer la coordination entre les services en santé mentale et en toxicomanie et les autres « silos » au sens large du secteur social (logement, éducation, emploi, soutien du revenu, etc.)? Si nous ne voulons pas « imposer » de formule, à quels incitatifs pourrions-nous avoir recours pour accélérer les changements qui s'imposent dans le système des services en santé mentale et en toxicomanie? Peut-on envisager de resserrer les liens entre les différents programmes et structures administratives uniquement en entretenant de bonnes relations ou faut-il conclure des protocoles d'entente ou des conventions de services pour y parvenir? Quand on entreprend une intégration structurelle, à quels services et moyens de soutien communautaires faut-il accorder la priorité? Est-ce une bonne idée de mettre sur pied des projets pilotes locaux?

Une foule d'autres questions demeurent sans réponse pour le moment. Comment le Canada peut-il établir un énoncé clair des rôles et des responsabilités des divers organismes qui prodiguent des services et des moyens de soutien en santé mentale et en toxicomanie? En particulier, quels devraient être le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux et territoriaux, des régies régionales de la santé, des divers ministères et organismes provinciaux (santé, éducation, services sociaux, logement, justice, assistance sociale, etc.), des fournisseurs de soins de santé mentale, des organisations non gouvernementales, des groupes d'entraide, etc.?

Comment allouer le financement public de façon à encourager la collaboration à l'intérieur des secteurs de la santé mentale et de la toxicomanie et entre eux? Quelle forme de financement conviendrait le mieux et aurait l'effet incitatif le plus efficace pour atteindre cet objectif? Quel

Comment allouer le financement public de façon à encourager la collaboration à l'intérieur des secteurs de la santé mentale et de la toxicomanie et entre eux? Quelle forme de financement conviendrait le mieux et aurait l'effet incitatif le plus efficace pour atteindre cet objectif?

type de financement ou de mécanisme aiderait à établir une meilleure coordination entre le réseau en santé mentale et en toxicomanie et le grand système social? [Le financement est traité en détail au chapitre 8 (sections 8.1 et 8.2) ci-après.]

1.4 DÉPISTAGE ET INTERVENTION PRÉCOCES

Une intervention précoce est fondamentale pour tuer dans l'œuf une maladie naissante; il est aussi important de maîtriser les symptômes et d'améliorer les pronostics. Or, plus le bon traitement commence tôt et meilleur est le pronostic du patient/client.⁹

L'intervention précoce est importante quel que soit le groupe d'âge, mais elle est primordiale chez les enfants et les adolescents. La plupart des troubles mentaux des adultes apparaissent à l'adolescence et au début de l'âge adulte, justement quand une intervention précoce peut atténuer sensiblement la perturbation des études, de la vie professionnelle et du développement social du malade. Les gains réalisés à ce moment là se font souvent sentir toute la vie durant.

Que faut-il faire pour qu'on en vienne à accorder encore plus d'importance au dépistage et à l'intervention précoces dans les cas de troubles mentaux chez les enfants et les adolescents? Recourir à des programmes pour la santé mentale dans les écoles? À un dépistage systématique des troubles mentaux chez les élèves du secondaire? Au dépistage du diagnostic mixte et des troubles concourants? Quels changements faut-il apporter aux systèmes de santé, de santé mentale et de toxicomanie, d'éducation et de service social en général pour faciliter la précocité d'intervention? [Les questions touchant les enfants et les adolescents sont traitées en détail au chapitre 2 (section 2.1) ci-après.]

Que faut-il faire pour qu'on en vienne à accorder encore plus d'importance au dépistage et à l'intervention précoces dans les cas de troubles mentaux chez les enfants et les adolescents? Recourir à des programmes pour la santé mentale dans les écoles? À un dépistage systématique des troubles mentaux chez les élèves du secondaire? Au dépistage du diagnostic mixte et des troubles concourants?

Le dépistage et l'intervention précoces devraient aussi être envisagés du point de vue de la santé publique en général. Il est essentiel d'améliorer les conditions sociales que nous savons essentielles à une bonne santé mentale (p. ex., un milieu physique et social sain, de bonnes aptitudes à l'adaptation, etc.) pour assurer non seulement le rétablissement des patients ayant des troubles mentaux mais aussi leur bonne santé mentale par la suite. Par conséquent, il faut s'attaquer aux racines mêmes de la maladie mentale et de la toxicomanie en adoptant des politiques ciblant la pauvreté, l'itinérance, le manque d'instruction, etc., et développer la capacité communautaire de s'occuper de ces questions.

Quel rôle le gouvernement fédéral devrait-il jouer dans la conception et la mise en œuvre d'une stratégie de santé publique concernant la santé mentale des Canadiens? Quels ministères fédéraux devraient y participer? Comment le gouvernement fédéral pourrait-il

⁹ Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.7.

amener les provinces et territoires et les autres parties prenantes à coopérer étroitement aux initiatives ciblant les racines de la maladie mentale et de la toxicomanie?

1.5 AMÉLIORATION DE L'ACCÈS

Malgré les efforts déployés par toutes les provinces et tous les territoires pour améliorer la prestation des services et des moyens de soutien en santé mentale et en toxicomanie, la majorité des Canadiens ayant des troubles mentaux ne consultent pas et ne sont pas traités. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), réalisée récemment par Statistique Canada, a montré que 32 p. 100 seulement des personnes souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie ont consulté, en personne ou autrement, un professionnel de la santé (psychiatre, médecin de famille, médecin spécialiste, psychologue, travailleur social ou infirmier) dans les 12 mois ayant précédé l'enquête.¹⁰

Que pourrait-on faire pour améliorer la situation? Il serait possible d'établir une charte du patient qui fixerait les normes d'accès aux services de santé mentale, que ce soit les soins de santé primaires, les services de santé mentale spécialisés ou les soins actifs. En Ontario, le Groupe d'étude sur la mise en œuvre de la réforme du système de santé mentale du district de Champlain (2002) a recommandé l'adoption d'une charte provinciale des droits des patients des services de santé mentale. D'autres groupes ont suggéré une forme de loi équitable, destinée à combler le fossé qui sépare les pathologies physiques des troubles mentaux, sur le plan des services offerts et du financement public. D'autres encore préconisent la nomination de défenseurs de la santé mentale, des fonctionnaires auxquels pourraient s'adresser les personnes ayant de la difficulté à obtenir les services de santé mentale et les moyens de soutien dont elles auraient besoin. Il y a eu un tel défenseur en Colombie-Britannique durant un temps, mais le poste a été supprimé à la création du ministère d'État de la Santé mentale et de la toxicomanie.¹¹ Le Comité sollicite le point de vue des lecteurs sur ces solutions ou d'autres suggestions qui seraient envisageables.

Compte tenu de la situation actuelle, est-il nécessaire d'établir des normes nationales régissant les délais d'attente pour les services de santé mentale et le traitement de la toxicomanie?

Dans son rapport d'octobre 2002, le Comité a recommandé que l'on accorde une garantie de soins de santé et qu'un délai d'attente maximum soit fixé en fonction des besoins pour les consultations en soins primaires, la première consultation d'un spécialiste, les tests diagnostiques et la chirurgie.¹² Compte tenu de la situation actuelle, est-il nécessaire d'établir des normes nationales

Le gouvernement fédéral et chacun des gouvernements provinciaux et territoriaux devraient-ils former un comité consultatif sur la santé mentale et la toxicomanie, qui serait représentatif d'un large éventail d'individus ayant une maladie mentale ou une toxicomanie pour faciliter la conception d'un système centré sur le patient?

¹⁰ Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.6.

¹¹ *Ibid.*

¹² *Recommandations en vue d'une réforme*, octobre 2002, chapitre 6.

régissant les délais d'attente pour les services de santé mentale et le traitement de la toxicomanie?

De toute évidence, il faudra obtenir le point de vue des patients/clients au sujet des changements apportés au système de santé mentale et de toxicomanie et de leur mise en application. Dans l'intervalle, le gouvernement fédéral et chacun des gouvernements provinciaux et territoriaux devraient-ils former un comité consultatif sur la santé mentale et la toxicomanie, qui serait représentatif d'un large éventail d'individus ayant une maladie mentale ou une toxicomanie pour faciliter la conception d'un système centré sur le patient? Un autre mécanisme serait-il préférable?



CHAPITRE 2: GROUPES ET SOUS-GROUPES CONCERNÉS

Il n'existe pas, dit-on, de modèle universel et le Comité s'en est laissé convaincre. Les malades mentaux et les toxicomanes ne forment pas un groupe homogène. Ce sont des êtres humains ayant leur spécificité propre qu'il faut respecter. On peut tout de même les classer grosso modo en sous-groupes chacun confrontés à leurs propres obstacles et ayant besoin de services particuliers : les enfants et adolescents, les Autochtones, les personnes âgées et les individus aux besoins particulièrement complexes, pour n'en mentionner que quelques-uns.

2.1 ENFANTS ET ADOLESCENTS

Comme nous l'avons indiqué dans notre premier rapport, la prévalence générale de la maladie mentale chez les enfants et les adolescents au Canada oscille en permanence aux environs de 15 p. 100. Cela signifie qu'à n'importe quel moment donné, on dénombre quelque 1,2 million d'enfants et d'adolescents qui sont atteints d'une maladie mentale ou d'une toxicomanie suffisamment grave pour occasionner chez eux une grande détresse et une altération fonctionnelle. Les maladies mentales les plus fréquentes chez les jeunes sont les troubles anxieux (6,5 p. 100), les troubles de comportement (3,3 p. 100), le trouble déficitaire de l'attention (3,3 p. 100), le trouble dépressif (2,1 p. 100), les troubles liés à la consommation de substances psychoactives (0,8 p. 100) et l'autisme ou tout autre trouble envahissant du développement (0,3 p. 100).¹³

Dans la plupart des provinces et des territoires, on note actuellement un énorme mécontentement au sujet de la prestation des services aux enfants et aux adolescents. Les services et les moyens de soutien en santé mentale pour ce groupe ont été qualifiés de « parent pauvre du parent pauvre » du système de santé, étant donné qu'on dit souvent de la santé mentale qu'elle est le parent pauvre du système de santé du Canada.

Les services et les moyens de soutien en santé mentale pour ce groupe ont été qualifiés de « parent pauvre du parent pauvre » du système de santé, étant donné qu'on dit souvent de la santé mentale qu'elle est le parent pauvre du système de santé du Canada.

Du côté des provinces et des territoires, la prestation des services de santé mentale aux jeunes est extrêmement morcelée et mal coordonnée, puisqu'une foule de ministères et d'organismes différents (p. ex., santé mentale, soins de santé primaires, hôpitaux, aide à l'enfance, écoles, jeunes contrevenants, services de lutte contre la toxicomanie, services d'éducation spécialisée) s'en occupent habituellement. Le pire, c'est que la plupart des politiques et des programmes en santé mentale visent d'abord la population adulte. Par

Quelle est la meilleure façon de constituer un réseau intégré et bien coordonné des services et des moyens de soutien pour lutter contre la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents?

¹³ Premier rapport, chapitre 5, section 5.1.2.

conséquent, les services pour enfants et adolescents se sont développés lentement et uniquement en marge des programmes pour adultes.

Quelle est la meilleure façon de constituer un réseau intégré et bien coordonné des services et des moyens de soutien pour lutter contre la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents, à partir des multiples couches de programmes obéissant à de bonnes intentions mais sans la moindre coordination? Quelles mesures précises faut-il adopter pour veiller à la santé mentale des jeunes? Faudrait-il d'abord que les divers ministères et organismes gouvernementaux conçoivent en collaboration avec les autres intervenants, une stratégie interministérielle pour la santé mentale des jeunes? Par la suite, devrait-on établir des protocoles qui seraient mis en application pour assurer l'efficacité de la collaboration et de la communication entre les divers protagonistes? Est-ce que chaque province devrait mettre sur pied un organisme ou un ministère consacré à la santé mentale des enfants et adolescents?

Plusieurs provinces, notamment l'Alberta, la Colombie-Britannique et l'Île-du-Prince-Édouard, ont mis en œuvre des stratégies visant exclusivement la santé mentale des enfants. Quelle leçon tirer de ces initiatives provinciales? Y a-t-il des modèles provinciaux/territoriaux ou régionaux que le Comité devrait examiner?

D'instinct, on trouve évident qu'il est essentiel de fournir des services de santé mentale à l'école puisqu'elle constitue un environnement familier qui permet d'intervenir auprès des jeunes ayant des ennuis de santé mentale. D'ailleurs, dans bien des ressorts, l'école est considérée comme un intervenant clé du réseau de prestation des services de santé mentale et moyens de soutien. Quels services et moyens de soutien pourrait-on prodiguer d'une manière efficiente et économique dans le système scolaire?

Quels services et moyens de soutien pourrait-on prodiguer d'une manière efficiente et économique dans le système scolaire?

Il est difficile, presque partout, d'obtenir des services de santé mentale et des moyens de soutien pour les enfants et les adolescents. Là où de tels services sont offerts, les listes d'attente sont généralement longues. Il apparaît donc qu'il faudra presque partout augmenter la capacité pour qu'un minimum de services soient accessibles. Le Comité a compris que, dans la mesure du possible, les services devraient être offerts là où les jeunes et leur famille passent le plus clair de leur temps (p. ex., à l'école ou à la maison) et dans des plages horaires commodes. Voilà qui soulève une série d'autres questions. Combien coûterait un accroissement de la capacité? Quelle est la gravité de la pénurie de professionnels dans le domaine des soins de santé mentale pour enfants et adolescents? Faudrait-il donner aux fournisseurs des soins de santé primaires et au personnel enseignant une formation plus complète sur le dépistage précoce des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents? Les chercheurs en santé mentale devraient-ils consacrer plus de temps et de ressources à l'étude des problèmes qu'éprouvent les enfants et les adolescents?

Les chercheurs en santé mentale devraient-ils consacrer plus de temps et de ressources à l'étude des problèmes qu'éprouvent les enfants et les adolescents?

Faudrait-il concevoir de nouveaux programmes et services pour faciliter la transition aux services de santé mentale pour adulte?

Le Comité a entendu des exposés sur les besoins particuliers des adolescents, dans le domaine de la santé mentale, au moment de leur passage à l'âge adulte. Certains ont soulevé notamment la question générale de la jonction entre les systèmes et services organisés pour les jeunes et ceux qui s'adressent à une clientèle adulte. D'une part, il est probable qu'un adolescent continue d'avoir besoin de services de santé mentale et de moyens de soutien au lendemain de son 18^e anniversaire, mais c'est à cette date qu'il cesse d'avoir droit aux services réservés aux jeunes. D'autre part, la transition entre l'adolescence et l'âge adulte peut être une période difficile et il est vraisemblable que les services et les moyens de soutien soient plus nécessaires que jamais auparavant durant cette phase importante du développement. Comment les divers systèmes pourraient-ils collaborer pour offrir un service intégré aux adolescents qui en sont au passage à l'âge adulte? Faudrait-il concevoir de nouveaux programmes et services pour faciliter la transition aux services de santé mentale pour adulte?

2.2 AUTOCHTONES

Comme nous le soulignons dans notre premier rapport complémentaire, selon la définition à l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*, l'expression « peuples autochtones » désigne les « Indiens, les Inuits et les Métis du Canada ». Malgré cette définition assez large, le gouvernement fédéral assume actuellement l'entière responsabilité des Indiens qui vivent dans les réserves et de certaines populations inuites. Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada sont aujourd'hui les deux principaux ministères fédéraux chargés de fournir des services de santé physique et mentale, des traitements contre la toxicomanie, des services sociaux et des moyens de soutien aux Premières nations dans les réserves et aux Inuits.¹⁴

Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables des Autochtones qui vivent en dehors des réserves, y compris les Métis et les Indiens non inscrits qui ont accès aux programmes et services au même titre que les autres résidents. L'hétérogénéité de la population autochtone conjuguée au partage des compétences au Canada a dressé d'imposantes barrières contre l'établissement d'un régime complet pour la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie chez les Canadiens autochtones.¹⁵

Malgré le peu de données sur la prévalence des troubles mentaux chez les Autochtones, les auteurs s'entendent sur le fait que les communautés autochtones sont affligées de taux de maladie mentale, de toxicomanie et de comportement suicidaire sensiblement plus élevés que la population en général. En outre, les taux de prévalence du syndrome d'alcoolisation fœtale et des effets de l'alcool sur le fœtus (SAF/EAF) dans

L'hétérogénéité de la population autochtone conjuguée au partage des compétences au Canada a dressé d'imposantes barrières contre l'établissement d'un régime complet pour la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie chez les Canadiens autochtones.

Si bien des causes de la maladie mentale, de la toxicomanie et du comportement suicidaire sont les mêmes chez les Autochtones que chez les non-Autochtones, il s'ajoute dans les collectivités autochtones des facteurs culturels qui jouent sur la prise de décisions et l'idéation suicidaire chez l'individu.

¹⁴ Premier rapport, chapitre 9 section 9.2.1.

¹⁵ *Ibid.*

certaines de ces communautés sont supérieurs à la moyenne nationale.¹⁶

Les experts du domaine croient que, si bien des causes de la maladie mentale, de la toxicomanie et du comportement suicidaire sont les mêmes chez les Autochtones que chez les non-Autochtones, il s'ajoute dans les collectivités autochtones des facteurs culturels qui jouent sur la prise de décisions et l'idéation suicidaire chez l'individu. Parmi ces facteurs culturels, on retrouve les anciennes politiques gouvernementales, la création des réserves, le passage d'une vie active à un mode de vie sédentaire, les séquelles de la vie dans les pensionnats, le racisme, la marginalisation et la projection d'une image de soi négative.¹⁷

Plusieurs problèmes influent directement sur l'offre de services de santé mentale et de traitements contre la toxicomanie dans les collectivités autochtones :

- Premièrement, le système est extrêmement morcelé. Les services et les moyens de soutien sont fournis par une foule de directions et de divisions de différents ministères appartenant à divers ordres de gouvernement qui ne coopèrent pas. Ce morcellement est illustré par la pratique actuelle qui consiste à isoler les problèmes symptomatiques – toxicomanie, suicide, SAF/EAF, logements insalubres, chômage, etc. – et à concevoir des programmes autonomes pour essayer de les gérer chacun séparément.
- Deuxièmement, les habitudes que crée la dépendance sont entretenues depuis longtemps. Les ministères doivent déléguer aux collectivités autochtones le pouvoir de personnaliser les services et de les adapter en tenant compte des facteurs locaux. Autrement dit, les Autochtones devraient être épaulés pour concevoir leurs propres solutions au lieu de s'en faire imposer. Un tel changement favoriserait l'implantation de services et moyens de soutien plus conformes à leur culture et, partant, plus efficaces.
- Troisièmement, on constate une pénurie critique de professionnels autochtones en santé mentale et en toxicomanie. Par exemple, seulement quatre psychiatres au Canada sont d'origine autochtone.
- Quatrièmement, certaines provinces ont établi leur stratégie universelle pour la santé mentale en tenant compte des besoins des Autochtones. Dans les provinces où tel est le cas, les programmes fédéraux de santé mentale destinés aux Autochtones vivant dans les réserves ou en dehors devraient être harmonisés avec les régimes provinciaux pour la santé mentale et leurs stratégies d'application.

Les Autochtones devraient être épaulés pour concevoir leurs propres solutions au lieu de s'en faire imposer. Un tel changement favoriserait l'implantation de services et moyens de soutien plus conformes à leur culture et, partant, plus efficaces.

¹⁶ Premier rapport, chapitre 5, section 5.3.1.

¹⁷ *Ibid.*

Quelles devraient être les principales priorités du gouvernement fédéral lorsqu'il commencera à réformer la manière dont les services de santé mentale et les traitements contre la toxicomanie sont offerts aux Canadiens autochtones? Quelles seraient les structures idéales pour que les Autochtones puissent participer réellement à la conception des services dont ils ont besoin? Comment le gouvernement fédéral pourrait-il s'organiser pour fournir ces services avec le plus d'efficacité possible? Le gouvernement fédéral devrait-il offrir des incitatifs monétaires aux Canadiens autochtones pour les encourager à suivre une formation de travailleur en santé mentale?

La question sans doute la plus importante, compte tenu du dédoublement inutile et dispendieux des programmes non coordonnés, consiste à savoir qui devrait assumer la responsabilité d'analyser le milieu en vue de dresser l'inventaire des programmes actuels pour déterminer s'il y a dédoublement d'un gouvernement, ministère et organisme à l'autre, s'il y a des lacunes flagrantes et quelle serait la meilleure utilisation des ressources disponibles?

Quelles devraient être les principales priorités du gouvernement fédéral lorsqu'il commencera à réformer la manière dont les services de santé mentale et les traitements contre la toxicomanie sont offerts aux Canadiens autochtones?

2.3 PERSONNES ÂGÉES

Selon des experts de la question, la croissance accélérée de la population âgée entraînera une demande sans précédent étant donné la capacité que possède actuellement le système pour répondre aux besoins des personnes âgées en santé mentale. La dépression, la démence, les troubles délirants et le delirium sont les maladies mentales les plus courantes parmi les Canadiens âgés. L'incidence des troubles mentaux chez ceux qui se trouvent dans un établissement de soins prolongés ou en centre d'hébergement est beaucoup plus élevée que dans la population en général. Le taux de suicide chez les hommes de 80 ans ou plus est le plus élevé de tous les groupes d'âge.¹⁸

Les personnes âgées atteintes d'une maladie mentale ou de toxicomanie forment un segment de la population qui est particulièrement vulnérable et dont les besoins en santé sont uniques.

Les personnes âgées atteintes d'une maladie mentale ou de toxicomanie forment un segment de la population qui est particulièrement vulnérable et dont les besoins en santé sont uniques. Nombre d'entre elles croient à tort que les problèmes de santé mentale tels que la dépression ou une déficience cognitive font partie du processus normal du vieillissement et qu'il n'y a donc aucun traitement efficace. Les maladies mentales chez les personnes âgées peuvent être confondues avec d'autres en cas de comorbidité ou masquées par des troubles concourants, ce qui complique énormément

On peut aussi de demander s'il n'y aurait pas lieu de réviser les programmes d'études des facultés de médecine et de nursing pour y offrir des cours et des stages supplémentaires en gériopsychiatrie.

¹⁸ Premier rapport, chapitre 5, section 5.1.3.

leur diagnostic et leur traitement.

Tout cela fait ressortir la nécessité de recruter des professionnels spécialisés dans les soins aux personnes âgées ayant des troubles mentaux, y compris celles qui sont institutionnalisées. On peut aussi se demander s'il n'y aurait pas lieu de réviser les programmes d'études des facultés de médecine et de nursing pour y offrir des cours et des stages supplémentaires en gériopsychiatrie.

Le Comité a appris que les actuels modèles de prestation ne répondent pas aux besoins complexes et très changeants des personnes âgées en santé mentale. Là encore, le manque de coordination entre les fournisseurs de services fait obstacle aux méthodes correctes et efficaces d'évaluation, de traitement et de prévention de la maladie mentale. Y a-t-il des problèmes particuliers qui empêchent la coordination et l'intégration des services et des moyens de soutien dont les personnes âgées ont besoin?

Peu d'études ont été publiées sur les pratiques exemplaires en santé mentale pour les personnes âgées ou sur l'urgence de rédiger des lignes directrices éclairées, applicables et validées pour aider les professionnels à adopter des pratiques exemplaires lorsqu'ils doivent traiter des patients chez qui on trouve simultanément de multiples maladies mentales et des problèmes de santé corporelle physique. Qui devrait assumer la responsabilité d'établir ces lignes directrices?

Y a-t-il des problèmes particuliers qui empêchent la coordination et l'intégration des services et moyens de soutien dont les personnes âgées ont besoin?

Il faut aussi assurer aux aidants naturels des personnes âgées atteintes de troubles mentaux une gamme de moyens de soutien bien coordonnés, puisque les services qu'ils rendent ont une valeur économique considérable. À l'heure actuelle, le soutien apporté aux aidants naturels est très limité et il est habituellement insuffisant au point de ne pas aider vraiment. De toute façon, ce soutien vise surtout à répondre aux besoins de la personne malade, pas à ceux de l'aidant naturel.

Que pourrait faire le gouvernement fédéral pour alléger le fardeau qui retombe maintenant sur les épaules de milliers d'aidants naturels? De quels services de soutien les aidants naturels ont-ils besoin? Le gouvernement fédéral devrait-il envisager de réviser le Régime de pensions du Canada, le programme d'assurance-emploi et le Code canadien du travail pour tenir compte des besoins de ceux qui abandonnent le marché du travail pour prendre soin d'un membre de leur famille atteint d'une grave maladie mentale? Combien coûteraient les nouvelles dispositions? Les dispositions actuelles de la loi de l'impôt fédérale permettent-elles de dédommager correctement les aidants naturels pour le temps et les ressources qu'ils consacrent au malade?

Que pourrait faire le gouvernement fédéral pour alléger le fardeau qui retombe maintenant sur les épaules de milliers d'aidants naturels?

De même, quels sont les besoins des parents âgés qui sont les principaux

Quels sont les besoins des parents âgés qui sont les principaux soignants de leurs enfants adultes atteints d'une maladie mentale ou de toxicomanie?

soignants de leurs enfants adultes atteints d'une maladie mentale ou de toxicomanie? De quel type de soutien (monétaire, répit) ces aidants naturels âgés ont-ils besoin?

2.4 CAS COMPLEXES

Parmi les Canadiens ayant des besoins complexes, il y a ceux qui souffrent de troubles concourants (maladie mentale et toxicomanie) et d'un diagnostic mixte (maladie mentale et déficience développementale), ainsi que certains sans-abri et des détenus. Des démarches systématiques et de bons outils d'évaluation pour mieux dépister cette population font défaut. D'ailleurs, parce que ces personnes sont souvent mal diagnostiquées, elles sont mal soignées.

Ceux qui ont des troubles concourants et un diagnostic mixte ont besoin de l'aide et des services de plusieurs secteurs : santé mentale, toxicomanie, santé, éducation et services sociaux. Rappelons qu'il faut absolument intégrer, d'une part, services de santé mentale et de traitement des toxicomanies et, d'autre part, le secteur de la santé mentale et celui des troubles développementaux. Le Comité a hâte de connaître l'opinion des Canadiens sur les problèmes et les solutions concernant les troubles concourants et le diagnostic mixte, sur lesquels il faut se pencher.

Le Comité a hâte de connaître l'opinion des Canadiens sur les problèmes et solutions concernant les troubles concourants et le diagnostic mixte, sur lesquels il faut se pencher.

Les maladies mentales et les troubles liés à une substance psychoactive sont plus fréquents chez les sans-abri et les détenus que dans la population en général. De plus, leur prévalence est en hausse dans ces deux segments de la population canadienne. L'accès aux services et aux moyens de soutien pour ces personnes ne pourra s'améliorer sans coopération intergouvernementale.

En ce qui concerne les besoins en santé mentale des sans-abri, nous voulons connaître le point de vue des Canadiens sur les problèmes et solutions auxquels il faudrait s'intéresser.

Dans le chapitre 7 ci-après, le Comité traite des problèmes et des solutions concernant les besoins en santé mentale des détenus sous responsabilité fédérale. En ce qui concerne les besoins en santé mentale des sans-abri, nous voulons connaître le point de vue des Canadiens sur les problèmes et solutions auxquels il faudrait s'intéresser. Par exemple, quel rôle le gouvernement fédéral peut-il jouer dans le contexte de l'Initiative nationale pour les sans-abri?

Deux grands facteurs font de la maladie mentale et de la toxicomanie un problème critique en milieu de travail. Premièrement, les troubles mentaux frappent généralement les jeunes travailleurs et, deuxièmement, comme de nombreuses maladies mentales sont à la fois chroniques et cycliques, elles nécessitent des traitements répétés pendant des années. Compte tenu des coûts économiques découlant de ces troubles – notamment ceux de l'absentéisme et de la perte de productivité – il est essentiel que les employeurs et les gouvernements unissent leurs efforts pour s'attaquer sans délai à ce problème.

3.1 EMPLOYEURS

Les employeurs ont un rôle capital à jouer auprès des travailleurs qui sont aux prises avec une maladie mentale ou la toxicomanie, puisqu'ils ont à gérer l'invalidité, à appliquer une politique d'accommodement et à offrir des programmes de retour au travail. L'économie mondiale, dans laquelle l'information et l'innovation sont la clé du succès, exige des travailleurs compétents, motivés et assidus. Le capital humain et sa motivation, ses connaissances, son opinion, son jugement, son talent pour la communication, les échanges d'idées, l'établissement de relations solides sont le moteur de la compétitivité dans cette économie mondiale.¹⁹

Les employeurs ont un rôle capital à jouer auprès des travailleurs aux prises avec une maladie mentale ou la toxicomanie puisqu'ils ont à gérer l'invalidité, à appliquer une politique d'accommodement et à offrir des programmes de retour au travail.

En ce qui concerne les régimes d'assurance-invalidité proposés par l'employeur, le Comité est préoccupé par trois éléments précis. Premièrement, toutes les grandes entreprises devraient analyser les demandes de prestations d'invalidité de courte et de longue durée dont elles sont saisies afin de mesurer la prévalence de la maladie mentale et de la toxicomanie en leur sein. Deuxièmement, les employeurs devraient réexaminer le type et l'étendue de la couverture pour invalidité ainsi que son incidence sur la durée des prestations en sorte de concevoir un régime d'assurance-invalidité de l'employeur qui soit d'une efficacité optimale. Troisièmement, les employeurs, cadres et assureurs doivent apprivoiser la maladie mentale et la toxicomanie.²⁰

Les gros employeurs parrainent habituellement des programmes d'aide aux employés (PAE) qui paient aux travailleurs un certain nombre de séances de thérapie. Ces programmes sont conçus pour aider l'employé à affronter divers problèmes en milieu de travail. Le Comité a appris qu'il fallait revoir les PAE parce qu'ils ne répondent pas bien aux besoins des employés aux prises avec une maladie mentale ou un problème de toxicomanie. En effet,

¹⁹ Premier rapport, chapitre 6, section 6.5.

²⁰ Premier rapport, chapitre 6, section 6.4.1.

ceux-ci n'offrent pas assez de séances de thérapie pour bien traiter la maladie mentale et la toxicomanie.²¹

Le Comité a aussi appris qu'il faudrait amener les employeurs à prendre des mesures pour accommoder les travailleurs souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie. L'accommodement consiste à aménager des lieux de travail ou des procédures de travail pour permettre à une personne ayant des besoins spéciaux d'accomplir ses tâches. Par exemple, le fait d'accorder un horaire de travail variable à un employé ayant un trouble mental serait équivalent à construire une rampe d'accès pour un travailleur en fauteuil roulant. Un employé qui revient au travail après un épisode de maladie mentale peut avoir des besoins passablement différents de ceux d'un travailleur qui revient après une opération au dos. Il faut réviser les programmes de retour au travail actuels de façon qu'ils répondent à ces besoins variés.²²

La culture d'une organisation peut tout changer dans la façon dont la maladie mentale et la toxicomanie sont considérées au travail. Comment les employeurs peuvent-ils contribuer à hausser le degré de sensibilisation à la maladie mentale et à la toxicomanie dans toute l'entreprise? Plus important encore, que peut-on faire pour augmenter les connaissances des employeurs et des cadres sur la maladie mentale et la toxicomanie et leur capacité de venir en aide aux employés qui en souffrent?

Que peut-on faire pour augmenter les connaissances des employeurs et des cadres sur la maladie mentale et la toxicomanie et leur capacité de venir en aide aux employés qui en souffrent?

Le Comité a appris que certaines grandes entreprises et institutions – comme Alcan Inc., la Banque Canadienne Impériale de Commerce et Dofasco Inc. pour n'en nommer que quelques-unes – consacrent, avec beaucoup de succès d'ailleurs, plus d'attention à la santé mentale et aux problèmes de toxicomanie en milieu de travail. Y a-t-il d'autres réussites que le Comité devrait connaître? Que devrait-on faire pour diffuser les connaissances et l'expérience de ces chefs d'entreprise?

Bien des Canadiens bénéficient d'un régime d'assurance-maladie complémentaire de l'employeur qui comporte un volet santé mentale. Les niveaux de couverture de ces régimes privés sont-ils suffisants? Faudrait-il étendre la couverture et, le cas échéant, quels services de santé mentale ont le plus besoin d'une meilleure couverture? Quelles modifications précises faut-il apporter aux règles pour que l'assurance-invalidité ne dissuade pas un malade mental ou un toxicomane de retourner au travail? Qu'est-ce qui parviendrait le mieux à inciter les employeurs à améliorer leur PAE pour faciliter l'accès des travailleurs à des traitements et à des services de réadaptation?

Qu'est-ce qui parviendrait le mieux à inciter les employeurs à améliorer leur PAE pour faciliter l'accès des travailleurs à des traitements et à des services de réadaptation?

²¹ Premier rapport, chapitre 6, section 6.5.1.

²² Premier rapport, chapitre 6, section 6.5.2.

Quel est le meilleur moyen pour amener les employeurs à accorder à leurs employés atteints d'un trouble mental un horaire variable ou un véritable accommodement? Quelles mesures devraient-ils prendre pour résoudre les problèmes en milieu de travail qui ont un effet préjudiciable sur tous les employés, en particulier sur ceux souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie?

Pourrait-on formuler certaines idées ou politiques visant à encourager les entreprises à engager des malades mentaux et des toxicomanes, ne serait-ce qu'à temps partiel? En particulier, existe-t-il des programmes axés sur les adolescents désavantagés par un manque d'instruction et de compétence particulière qui s'ajoute à leur maladie mentale, pour leur permettre de se trouver un emploi?

Le Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health a proposé un programme en douze temps pour lutter contre la maladie mentale et la toxicomanie en milieu de travail.²³ Est-ce un programme éprouvé? Dans l'affirmative, que peuvent faire les gouvernements pour encourager les entreprises à l'implanter? Le gouvernement fédéral devrait-il constituer un groupe de travail mixte avec cet organisme pour encourager l'adoption du programme?

Existe-t-il des programmes axés sur les adolescents désavantagés par leur manque d'instruction et de compétence particulière qui s'ajoute à leur maladie mentale, pour leur permettre de se trouver un emploi?

3.2 COMMISSIONS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Dans toutes les provinces et tous les territoires, les commissions des accidents du travail (CAT) reçoivent de plus en plus de demandes d'indemnisation pour cause de maladie mentale (appelée « stress professionnel ») et, de plus en plus souvent, l'indemnisation est accordée. Le principal problème de ces demandes tient au fait qu'il est plus difficile de faire la preuve de la genèse d'un trouble mental que d'une maladie physique. Par conséquent, certaines CAT hésitent à accorder des prestations d'invalidité pour cause de maladie mentale. Les travailleurs concernés et ces CAT doivent donc se débattre seuls avec la question de savoir si les prestations d'invalidité pour troubles mentaux devraient être versées par la commission des accidents du travail ou par le régime d'assurance-maladie.²⁴ Comment parvenir à uniformiser les règles des CAT applicables aux cas de maladie mentale et de toxicomanie? Faudrait-il réviser les règles des CAT applicables aux demandes de prestations pour maladie mentale et qui devrait le faire? Quel rôle l'Association des commissions des accidents du travail du Canada peut-elle jouer pour donner à la recherche nécessaire une envergure nationale et uniformiser les règles de prestations?

Comment parvenir à uniformiser les règles des CAT applicables aux cas de maladie mentale et de toxicomanie? Faudrait-il réviser les règles des CAT applicables aux demandes de prestations pour maladie mentale et qui devrait le faire?

²³ Premier rapport, chapitre 6, tableau 6.3.

²⁴ Premier rapport, chapitre 6, section 6.4.2.

3.3 PROGRAMMES FÉDÉRAUX DE LA SÉCURITÉ DU REVENU

Le Comité a été informé de la nécessité de réviser le Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC-I) et le programme de l'assurance-emploi (AE) pour qu'ils tiennent compte de la nature imprévisible et souvent cyclique des troubles mentaux.²⁵

En ce qui concerne le RPC-I, certaines personnes atteintes de troubles mentaux peuvent ne pas y avoir droit parce qu'elles n'ont pas travaillé assez longtemps (il faut avoir cotisé au Régime durant quatre des six années précédentes). Le Comité a appris que les demandeurs doivent accepter d'être désignés « inapte au travail de façon permanente » pour avoir droit aux prestations du RPC-I. Or, bien des personnes atteintes de troubles mentaux peuvent travailler, mais souvent, seulement à temps partiel. En outre, la première demande de plus de 66 p. 100 des malades mentaux et toxicomanes est rejetée pour défaut d'admissibilité et les deux tiers de ces demandeurs ne font pas appel de la décision et ne présentent plus d'autre demande.

Le gouvernement fédéral devrait-il réviser le RPC-I pour prévoir des prestations partielles ou tronquées afin de permettre à ceux qui ont des troubles mentaux de toucher une partie de leurs prestations tout en travaillant à temps partiel? Le personnel du RPC-I devrait-il recevoir une formation pour être mieux renseigné sur la maladie mentale et la toxicomanie? Quelles autres modifications s'imposent pour que le RPC-I puisse être plus équitable envers les travailleurs ayant une maladie mentale ou une toxicomanie?

Le gouvernement fédéral devrait-il réviser le RPC-I pour prévoir des prestations partielles ou tronquées afin de permettre à ceux qui ont des troubles mentaux de toucher une partie de leurs prestations tout en travaillant à temps partiel?

En ce qui concerne l'AE, les employés qui sont congédiés pour « inconduite » ou qui démissionnent « sans motif valable » n'ont pas droit aux prestations de l'AE. Par crainte d'être stigmatisés, les employés ayant une maladie mentale taisent leur état au travail. Lorsqu'ils ont des difficultés, ils se font congédier ou démissionnent sous l'effet de leur maladie, mais ils ne peuvent pas demander de prestations d'AE parce qu'ils n'ont pas révélé leur maladie avant. De plus, lorsqu'une personne demande des prestations de maladie de l'AE, elle est tenue de se procurer un certificat médical indiquant la durée probable de sa maladie. Étant donné l'imprévisibilité de la maladie mentale, un médecin peut difficilement fournir un tel renseignement.

Quelles modifications y aurait-il lieu d'apporter à l'AE pour mieux protéger les travailleurs souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie? Par exemple, ceux dont la maladie mentale ou la toxicomanie est diagnostiquée après qu'ils ont laissé leur emploi devraient-ils être exemptés de

Quelles modifications y aurait-il lieu d'apporter à l'AE pour mieux protéger les travailleurs souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie?

²⁵ Premier rapport, chapitre 6, section 6.4.3.

l'obligation d'avoir accumulé le nombre d'heures d'emploi assurables dont dépend actuellement l'admissibilité à l'AE? Quelles autres modifications le gouvernement fédéral devrait-il envisager?

Certains ont suggéré au Comité de recommander que le gouvernement fédéral trouve des moyens de partager plus équitablement avec les employeurs les coûts associés à la maladie mentale et à la toxicomanie en milieu de travail.²⁶ Quels mécanismes pourrait-on utiliser pour déterminer le partage de ces coûts et le mettre en application?

3.4 GOUVERNEMENT FÉDÉRAL, EMPLOYEUR DE TAILLE

Le gouvernement fédéral est un employeur d'importance. Dans son rôle d'employeur de la fonction publique fédérale, le Conseil du Trésor supervise l'application des avantages auxquels les fonctionnaires ont droit en vertu du Régime de soins de santé de la fonction publique et du Régime d'assurance-invalidité. Ces deux régimes garantissent aux fonctionnaires un niveau de revenu acceptable durant les périodes où ils luttent contre une maladie physique ou mentale de longue durée. En outre, Santé Canada est chargé de fournir aux fonctionnaires fédéraux des services de santé et de sécurité au travail, notamment les programmes d'aide aux employés.²⁷

Le Comité sollicite le point de vue des fonctionnaires fédéraux et de leurs représentants sur la qualité et l'efficacité des efforts de promotion de la santé mentale et de prévention d'une incapacité d'ordre mental chez les fonctionnaires par le gouvernement fédéral.

Le gouvernement fédéral est-il un bon employeur au chapitre de l'accommodement des fonctionnaires ayant une maladie mentale ou une toxicomanie? Ses politiques de retour au travail sont-elles bonnes? Que doit-il améliorer pour être un employeur exemplaire?

Le gouvernement fédéral est-il un bon employeur au chapitre de l'accommodement des fonctionnaires ayant une maladie mentale ou une toxicomanie? Ses politiques de retour au travail sont-elles bonnes? Que doit-il améliorer pour être un employeur exemplaire?

²⁶ Premier rapport, chapitre 6, section 6.6.

²⁷ Premier rapport, chapitre 9, sections 9.2.9 et 9.2.10.

4.1 COMBATTRE LA STIGATISATION ET LA DISCRIMINATION

Le Comité juge extrêmement important le problème de la stigmatisation des personnes atteintes d'une maladie mentale ou de toxicomanie et aussi celui de la discrimination à leur endroit.

La stigmatisation et la discrimination touchent les malades mentaux et les toxicomanes de multiples façons. D'abord, ceux-ci sont régulièrement mis à l'écart de la société et peuvent même être privés d'une foule de droits fondamentaux que le reste du monde considère comme allant de soi. On les prive souvent de leurs droits élémentaires dans les secteurs du logement, de l'emploi, du revenu, des assurances, des études postsecondaires, de la justice pénale et de la responsabilité parentale.

Les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie sont aussi victimes de discrimination et de rejet par les fournisseurs de services tant dans le réseau de la santé mentale que dans le réseau de la santé en général, et elles sont aussi victimes de discrimination de la part des décideurs et des médias. Pour de nombreux malades mentaux et toxicomanes, la stigmatisation et la discrimination peuvent être une source de détresse aussi importante que le trouble lui-même.²⁸

Pour de nombreux malades mentaux et toxicomanes, la stigmatisation et la discrimination peuvent être une source de détresse aussi importante que le trouble lui-même.

La stigmatisation de la maladie mentale affligeant à ce point les malades mentaux et les toxicomanes dans leur vie quotidienne, ne faudrait-il pas plutôt la qualifier de ce qu'elle est vraiment : de la discrimination? C'est certainement de la discrimination lorsqu'une personne atteinte d'une maladie mentale est systématiquement traitée différemment d'une autre qui en est exempte. Le mot stigmatisation serait-il devenu une façon polie de parler de discrimination?

Le mot stigmatisation serait-il devenu une façon polie de parler de discrimination?

Le Comité a longuement discuté de la meilleure façon d'atténuer la stigmatisation et de lutter contre la discrimination. Pour y arriver, il faut un effort concerté et soutenu sur une longue période, notamment une éducation et une action communautaires permanentes, des campagnes de presse, des tribunes où les personnes atteintes peuvent échanger avec la population pour la renseigner sur la problématique, et des campagnes de sensibilisation

Plusieurs témoins ont souligné l'importance d'élaborer une stratégie nationale contre la stigmatisation. Son adoption signifierait aux Canadiens que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux attachent tous autant d'importance à la promotion de la santé mentale de la population qu'à celle de sa santé physique.

²⁸ Premier rapport, chapitre 3, section 3.3.

auprès des professionnels pour diminuer la discrimination structurelle dans le réseau de la santé et dans le réseau de la santé mentale.²⁹

À noter que plusieurs témoins ont souligné l'importance d'élaborer une stratégie nationale contre la stigmatisation. Ils ont dit au Comité qu'une telle stratégie devait résolument attirer l'attention du public sur les problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Son adoption signifierait aux Canadiens que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux attachent tous autant d'importance à la promotion de la santé mentale de la population qu'à celle de sa santé physique.³⁰ Pourtant, de nombreux témoins ont dit juger important de cibler soigneusement les efforts contre la stigmatisation et que, selon certaines études, les campagnes de sensibilisation trop générales ne donnent pas les résultats escomptés.

Après avoir étudié les campagnes menées dans des pays étrangers pour faire la promotion de la santé mentale, le Comité a conclu que, pour réussir, les campagnes de sensibilisation contre la stigmatisation et la discrimination doivent faire l'objet d'un financement continu, d'une planification à long terme et d'une évaluation constante. De plus, à en juger d'après les campagnes menées jusqu'ici, en particulier en Australie et en Nouvelle-Zélande, mieux vaut, semble-t-il, les adapter aux situations, aux groupes de population et aux communautés visées. Notre examen de ce qui se fait dans le monde fait aussi ressortir la nécessité d'entreprendre au départ une vaste consultation auprès des divers ordres de gouvernement, des fournisseurs, des ONG et, surtout, des personnes atteintes et de leur famille.³¹

Outre les campagnes gouvernementales, les médias ont-ils aussi un rôle à jouer pour amener les Canadiens à changer d'attitude à l'endroit des personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie? Dans l'affirmative, quel devrait être ce rôle? Y a-t-il des stratégies de sensibilisation qui ont eu particulièrement de succès au Canada pour diminuer la stigmatisation et la discrimination (p. ex., la Stratégie canadienne sur le VIH/sida) et dont on pourrait tirer des leçons?

Les médias ont-ils aussi un rôle à jouer pour amener les Canadiens à changer d'attitude à l'endroit des personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie?

Le Comité s'est aussi fait dire que la stratégie la plus efficace contre la stigmatisation et la discrimination consiste à multiplier les contacts avec les personnes atteintes d'une maladie mentale ou de toxicomanie. À ce propos, il a appris que le Royaume-Uni a établi une brigade d'ambassadeurs composée d'une

Le Royaume-Uni a établi une brigade d'ambassadeurs composée d'une quarantaine de personnes souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie qui ont appris à rencontrer la presse et les employeurs pour parler de leur vécu¹. Le Canada devrait-il constituer une équipe comparable?

quarantaine de personnes souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie qui ont appris à rencontrer la presse et les employeurs pour parler de leur vécu.³² Cette initiative a permis

²⁹ Premier rapport, chapitre 3, article 3.4.

³⁰ Premier rapport, chapitre 3, section 3.4.1.

³¹ Deuxième rapport, chapitre 5, section 5.5.

³² Deuxième rapport, chapitre 3, section 3.4.1.

d'associer des visages à la campagne contre la stigmatisation. Le Canada devrait-il constituer une équipe comparable?

De même, les autorités australiennes ont lancé une stratégie nationale pour la santé mentale dans les écoles de journalisme afin de montrer aux étudiants comment faire leurs reportages sans stigmatiser les personnes atteintes de troubles mentaux et pour encourager la presse à transmettre des messages positifs sur la santé mentale.³³ Le gouvernement fédéral devrait-il, en collaboration avec les médias, se doter d'une stratégie semblable au Canada? Combien coûterait une telle stratégie et comment serait-elle financée?

Enfin, il faut sensibiliser les professionnels de la santé à cette difficulté, puisque les intervenants en santé mentale et en toxicomanie ne sont pas non plus à l'abri de l'influence de la stigmatisation que vivent leurs patients/clients. Quelle est la prévalence de cette forme de stigmatisation structurelle? Faudrait-il réviser les programmes d'études des facultés de médecine et de nursing pour ajouter des cours et des stages en santé mentale et en toxicomanie? Est-ce un champ de compétence provinciale? Le gouvernement fédéral a-t-il un rôle à y jouer? Quelles autres mesures ciblant les professionnels de la santé pourraient diminuer la discrimination?

De façon générale, que peuvent faire les gouvernements pour faire prendre conscience à tout le monde que la santé mentale est aussi importante que la santé physique pour le bien-être des Canadiens et que, en corollaire, la prestation des services et des moyens de soutien en santé mentale et en toxicomanie est aussi capitale que la prestation des services de santé pour les affections physiques?

De façon générale, que peuvent faire les gouvernements pour faire prendre conscience à tout le monde que la santé mentale est aussi importante que la santé physique pour le bien-être des Canadiens et que, en corollaire, la prestation des services et des moyens de soutien en santé mentale et en toxicomanie est aussi capitale que la prestation des services de santé pour les affections physiques?

4.2 PRÉVENTION DU SUICIDE

Chaque année, quelque 3 700 Canadiens se suicident. C'est la première cause de décès chez les hommes de 25 à 29 ans et chez les femmes de 30 à 34 ans. En outre, on recense annuellement un grand nombre de tentatives de suicide. En 2002, environ 4 p. 100 des Canadiens de 15 ans et plus ont eu des pensées suicidaires.³⁴

Dans son premier rapport, le Comité signale que, sans être défini comme un trouble mental, le comportement suicidaire est souvent en corrélation avec la maladie mentale et la toxicomanie; plus de 90 p. 100 des suicidés souffrent d'une maladie mentale diagnosticable ou d'un trouble lié à une substance psychoactive. Le suicide est la première cause de décès prématuré chez les schizophrènes et il est responsable de 15 à 25 p. 100 de tous les décès chez les personnes souffrant de troubles de l'humeur graves. La toxicomanie prédispose

³³ Deuxième rapport, chapitre 1, section 1.5.

³⁴ Premier rapport, chapitre 5, section 5.2.

souvent une personne à avoir un comportement suicidaire en accentuant une humeur dépressive et en atténuant la maîtrise de soi.³⁵

Contrairement à l'Australie, la Finlande, la France, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suède, le Royaume-Uni et les États-Unis, le Canada n'a pas de stratégie nationale pour la prévention du suicide. Selon le Centre de prévention du suicide, deux provinces seulement – le Nouveau-Brunswick et le Québec – ont mis en œuvre des stratégies de prévention exclusivement pour le suicide. Beaucoup voudrait que le gouvernement fédéral se concerte avec les provinces, les territoires et les intéressés pour élaborer une stratégie nationale.

Contrairement à l'Australie, la Finlande, la France, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suède, le Royaume-Uni et les États-Unis, le Canada n'a pas de stratégie nationale pour la prévention du suicide.

Cette stratégie nationale pour la prévention du suicide pourrait incorporer les programmes et activités suivants, entre autres :

- Campagnes de sensibilisation populaire pour lutter contre la stigmatisation du comportement suicidaire.
- Stratégies pour l'amélioration de la santé de la population visant les déterminants de la santé, notamment le logement, la sécurité du revenu, l'éducation, l'emploi et les attitudes de la société envers ceux ayant une maladie mentale ou une toxicomanie.
- Programmes de prévention pour les adolescents, pour les personnes à risque élevé d'avoir un comportement suicidaire et pour les familles dont un membre s'est suicidé ou a fait une tentative.
- Accès équitable à des services intégrés et bien coordonnés, y compris à des services de counseling par téléphone pour les personnes en crise et de traitement des maladies mentales et de toxicomanies.
- Mesures de restriction de l'accès à des moyens de se suicider comme les armes à feu, les médicaments, les ponts accessibles et d'autres endroits.
- Formation des fournisseurs de services et des éducateurs sur le dépistage précoce des comportements suicidaires et sur la gestion de crise.
- Recherche et évaluation pour contribuer à l'élaboration de programmes efficaces de prévention du suicide et pour évaluer le succès des services de santé et des services sociaux dans la prévention du suicide.

Lesquels parmi les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organisations non gouvernementales devraient participer à l'élaboration d'une stratégie nationale pour la prévention du suicide? Quels devraient être les objectifs précis d'une telle stratégie? Quels programmes et activités devraient faire partie d'une stratégie nationale de prévention du suicide?

³⁵ Premier rapport, chapitre 4, section 4.5.

Lesquels parmi les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organisations non gouvernementales devraient participer à l'élaboration d'une stratégie nationale pour la prévention du suicide? Quels devraient être les objectifs précis d'une telle stratégie? Quels programmes et activités devraient faire partie d'une stratégie nationale de prévention du suicide? Combien celle-ci devrait-elle coûter et comment devrait-elle être financée? Devrait-il y avoir une seule stratégie nationale ou chaque ordre de gouvernement devrait-il en implanter une?

CHAPITRE 5: RESSOURCES HUMAINES

Des professionnels de diverses disciplines prodiguent des services de santé mentale, des moyens de soutien et des traitements contre la toxicomanie. On trouve notamment des médecins qui dispensent les soins primaires, des psychiatres, des spécialistes en toxicomanie, des psychologues, des infirmiers psychiatriques, des travailleurs sociaux, des infirmiers praticiens, des ergothérapeutes, des gestionnaires de cas, des intervenants en toxicomanie, des éducateurs en soins spéciaux, etc. Le Comité s'est fait dire que, comme dans d'autres secteurs du système de santé, il y a un manque criant de fournisseurs. La mauvaise répartition géographique des professionnels de la santé mentale et de la toxicomanie est aussi préoccupante.³⁶ D'autres pays sont aux prises avec le même casse-tête de ressources humaines dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie.³⁷ Le Comité a aussi appris que le secteur des soins de santé primaire a cruellement besoin d'une réforme en vue d'améliorer l'accès aux services de santé mentale et de multiplier les initiatives partagées en santé mentale dans tout le pays.

Comme dans d'autres secteurs du système de santé, il y a un manque criant de fournisseurs.

5.1 OFFRE DE RESSOURCES HUMAINES

Bien que le Comité ait entendu parler maintes fois des pénuries de fournisseurs,³⁸ il n'existe actuellement aucune base de données nationale capable de fournir des données générales sur l'offre de ressources humaines en santé mentale et en toxicomanie, et encore moins une ventilation détaillée. À l'heure actuelle, on ne sait pas s'il y a vraiment pénurie de fournisseurs de services en santé mentale et en toxicomanie au Canada ni, s'il y en a effectivement une, quelle en est la gravité. Voilà qui montre aussi que les données sur la santé en général au Canada ne sont pas fiables.

La pénurie est-elle pire dans certaines catégories de fournisseurs? Certaines provinces ont-elles réussi mieux que les autres à corriger le manque de professionnels en santé mentale et en toxicomanie?

Le manque d'information nuit très sérieusement à une bonne planification des ressources humaines, en particulier à la mise en œuvre d'une stratégie nationale des ressources humaines en santé mentale, en maladie mentale et en toxicomanie.³⁹

Comment peut-on produire des estimations réalistes et dignes de foi des ressources humaines actuellement sur le marché du travail et de celles qui seraient nécessaires après la réforme du système de santé mentale et de traitement de la toxicomanie? Quel rôle le

³⁶ Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.5.

³⁷ Deuxième rapport, sections 1.3.2, 2.3.2, 3.3.1, 4.3.1, 4.3.2 et 4.3.3.

³⁸ Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.5.

³⁹ *Ibid.*

gouvernement fédéral devrait-il jouer pour aider les provinces et les territoires à assurer une offre suffisante de professionnels de la santé dans tout le pays? Comment le gouvernement fédéral peut-il se mêler de la planification des ressources humaines dans le secteur de la santé mentale et de la toxicomanie sans empiéter sur les compétences provinciales et territoriales?

Quels devraient être les éléments d'une stratégie nationale de ressources humaines (planification, formation, réexamen des champs d'activité)? Quels programmes et incitatifs faudrait-il instaurer pour encourager les gens à choisir une carrière en santé mentale et en toxicomanie? Le Comité sollicite les opinions sur les écueils et les possibilités de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une telle stratégie.

Une stratégie des ressources humaines devrait avoir pour objet de veiller à ce qu'on offre les bonnes compétences et les services utiles en tenant compte de la culture du patient, par la bonne personne et au moment opportun. Comment pourrait-on élargir et valoriser l'instruction et la formation des professionnels

et travailleurs de la santé mentale et de la toxicomanie afin d'atteindre cet objectif?

Quel rôle le gouvernement fédéral devrait-il jouer pour aider les provinces et les territoires à assurer une offre suffisante de professionnels de la santé dans tout le pays?

Il est évident que la mauvaise répartition géographique des professionnels de la santé mentale et de la toxicomanie a pour effet de restreindre l'accès aux services et moyens de soutien nécessaires dans les régions rurales et les endroits reculés du Canada.⁴⁰ Comment faire pour contrer le manque de services? Le Comité veut connaître l'opinion des Canadiens sur les types d'incitatifs qu'on pourrait établir pour lutter contre le manque de personnel dans les régions rurales et reculées.

Il est évident que la mauvaise répartition géographique des professionnels de la santé mentale et de la toxicomanie a pour effet de restreindre l'accès aux services et moyens de soutien nécessaires dans les régions rurales et les endroits reculés du Canada. Comment faire pour contrer le manque de services?

5.2 SECTEUR DES SOINS PRIMAIRES

Le secteur des soins primaires est celui où s'établit généralement le premier contact entre le système de santé et les patients, que ceux-ci consultent pour une maladie, une blessure, une maladie mentale ou une toxicomanie. Pourtant, le Comité s'est fait dire que les fournisseurs des soins primaires n'ont peut-être pas les connaissances, ni les compétences pour répondre aux besoins des

patients ayant une maladie mentale ou une toxicomanie, pour diagnostiquer correctement les troubles mentaux, ni pour aider les patients à s'y retrouver dans les méandres des services plus spécialisés vers lesquels ils sont aiguillés. Ils ne sont pas non plus rémunérés pour le

Si les fournisseurs de soins primaires doivent débiter le traitement de la maladie mentale ou de la toxicomanie des patients, que faut-il faire pour améliorer les soins de santé mentale à ce stade?

⁴⁰ Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.3.

faire.⁴¹ Si les fournisseurs de soins primaires doivent débiter le traitement de la maladie mentale ou de la toxicomanie des patients, que faut-il faire pour améliorer les soins de santé mentale à ce stade? Comment y parvenir, compte tenu du terrible manque de médecins de famille, d'infirmiers et d'autres professionnels de la santé au Canada en ce moment?

Il faut mieux sensibiliser les professionnels de la santé à la santé mentale et à la toxicomanie. Quelle devrait être l'ampleur de la formation à donner aux médecins de famille, aux infirmiers praticiens et aux autres professionnels de la santé sur la maladie mentale et la toxicomanie, durant leurs études? Les programmes d'études des écoles de soins infirmiers et des facultés de médecine devraient-ils être révisés pour y ajouter plus de cours sur la maladie mentale et la toxicomanie?

Certains ont recommandé au Comité de réclamer une modification des tarifs des services médicaux afin d'accorder aux médecins de famille une prime pour les inciter à consacrer plus de temps aux patients souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie quand ceux-ci en ont besoin.⁴² C'est ce qu'ont fait l'Alberta et le Québec après le lancement d'un programme très réussi en Australie il y a trois ans. Les médecins de famille qui doivent passer plus de temps avec les patients atteints de troubles mentaux pour répondre à leurs besoins devraient avoir droit à une hausse du tarif en guise d'indemnité.⁴³ Les provinces qui n'ont pas encore modifié leur tarif de la sorte devraient-elles le faire?

D'autres ont recommandé au Comité l'établissement d'un plus grand nombre de projets pour des soins de santé mentale partagés au pays. Il s'agit de coopération entre psychiatres et fournisseurs de soins primaires. Ces projets de soins partagés sont très axés sur la clinique et ils intègrent les services de santé mentale dans un cadre de soins de santé primaires. Le Comité s'est fait dire que le gouvernement fédéral pouvait jouer un rôle majeur en continuant à financer les projets qui réussissent et en veillant à ce que les pratiques exemplaires soient implantées et incorporées dans les politiques et programmes permanents de l'ensemble des provinces et territoires.⁴⁴

De nombreuses provinces sont en train de réformer leur secteur des soins primaires. Comment peut-on encourager la collaboration clinique entre les fournisseurs de soins primaires et les professionnels de la santé mentale? Par exemple, les psychiatres devraient-ils agir comme consultants auprès des équipes pluridisciplinaires de soins primaires ou en faire partie directement? Quels services spécialisés ou institutionnels en santé mentale et toxicomanie pourraient être avantageusement relogés avec les soins primaires? Quels sont les principaux obstacles à l'implantation de services de soins de santé mixtes? Quels sont les obstacles financiers? Faudra-t-il modifier les règles de pratique actuelles pour permettre le partage des soins de santé mentale? Le gouvernement fédéral devrait-il encourager explicitement le

Comment peut-on encourager la collaboration clinique entre les fournisseurs de soins primaires et les professionnels de la santé mentale?

⁴¹ Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.4.

⁴² *Ibid.*

⁴³ Deuxième rapport, section 10.3.2.

⁴⁴ Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.4.

partage des soins de santé mentale dans le cadre de la réforme des soins primaires qu'il soutient? Combien d'argent faudrait-il pour généraliser cette organisation des soins?

Comment les psychologues et les travailleurs sociaux peuvent-ils être intégrés à une équipe de soins de santé mentale? D'où viendrait l'argent nécessaire pour les rémunérer puisque, n'étant pas médecins, ils ne peuvent pas facturer leurs services sous le régime de la *Loi canadienne sur la santé* parce que leurs services ne sont pas assurés par le régime d'assurance-maladie financé par l'État?

Comment les psychologues et les travailleurs sociaux peuvent-ils être intégrés à une équipe de soins de santé mentale?

5.3 TRAVAILLEURS COMMUNAUTAIRES ET POLICIERS

Toute une gamme de travailleurs apportent un soutien de type communautaire aux personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie. Il s'agit de membres ou d'employés de diverses organisations non gouvernementales ainsi que de nombreux organismes sociaux (assistance sociale, soutien du revenu, emploi, etc.).

Il y a cinq ans, la Nouvelle-Zélande a implanté un programme de formation qui procure une qualification aux travailleurs communautaires en santé mentale.⁴⁵ Quels types de formation obligatoire sont actuellement offerts à ces travailleurs communautaires au

Il y a cinq ans, la Nouvelle-Zélande a implanté un programme de formation qui procure une qualification aux travailleurs communautaires en santé mentale. Quels types de formation obligatoire sont actuellement offerts à ces travailleurs communautaires au Canada?

Canada? Devrait-on uniformiser les études et la formation de ces travailleurs? Faudrait-il mettre sur pied des programmes de formation comme ceux offerts en Nouvelle-Zélande? Dans l'affirmative, quels établissements devraient offrir cette formation? Faudrait-il confier à des organismes provinciaux et nationaux assimilables aux corporations chargées de l'autoréglementation des professionnels de la santé le soin de réglementer ces travailleurs? Le gouvernement fédéral devrait-il soutenir financièrement le lancement d'un tel programme de formation?

Le Comité sait aussi que, de plus en plus souvent, les policiers, et non pas les fournisseurs de soins de santé mentale, sont les premiers à entrer en contact avec une personne en crise. Il arrive fréquemment que les personnes atteintes de graves troubles mentaux n'aient nulle part où aller quand elles sont en crise et, lorsque cela se produit, on appelle les policiers pour qu'ils interviennent. Le Comité a appris que, malheureusement, les policiers n'ont généralement pas la formation voulue et ne disposent pas non plus de lignes

Que faudrait-il faire pour améliorer la formation des policiers de façon qu'ils puissent intervenir plus efficacement auprès des personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie? Que faire pour augmenter la sécurité de ceux qui participent à l'intervention et aider les policiers à employer le moins de force possible lorsqu'ils appréhendent une personne en crise?

⁴⁵ Deuxième rapport, chapitre 2, section 2.3.2.

directrices sur lesquelles s'appuyer pour intervenir auprès des personnes en crise. Que faudrait-il faire pour améliorer leur formation de façon qu'ils puissent intervenir plus efficacement auprès des personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie? Que faire pour augmenter la sécurité de ceux qui participent à l'intervention et aider les policiers à employer le moins de force possible lorsqu'ils appréhendent une personne en crise?

5.4 SOUTIEN DES AIDANTS NATURELS

Les familles sont souvent la principale ressource et le seul soutien disponible pour les individus souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie. À cause des ressources limitées du système de santé et de la communauté, ce sont les parents qui hébergent leurs enfants malades, prennent soin d'eux, les surveillent et les aident financièrement.

Selon plusieurs études, outre qu'elle est une source d'énormes tensions et de stress affectif, cette situation draine les ressources financières des proches des personnes ayant une maladie mentale ou souffrant de toxicomanie. Les familles qui vivent avec une telle personne ont-elles un accès adéquat aux ressources dont elles ont besoin pour aider leurs proches? Les familles sont-elles bien outillées pour s'occuper de leurs proches qui ont une maladie mentale ou une toxicomanie?

Les familles qui vivent avec une personne ayant une maladie mentale ou une toxicomanie ont-elles un accès adéquat aux ressources dont elles ont besoin pour aider leurs proches?

Les familles font partie intégrante du traitement des personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie. Elles constituent des alliés efficaces et bienveillants pour limiter la douleur et la souffrance du patient. Les aidants naturels devraient-ils être davantage mis à contribution dans le traitement des patients? De quelle façon devrait-on encourager leur participation au système de soins pour la santé mentale et contre la toxicomanie?

CHAPITRE 6:

BANQUE D'INFORMATION NATIONALE, RECHERCHE ET TECHNOLOGIE

Le Comité est convaincu que, pour parvenir à des services de santé mentale et de traitement des toxicomanies de grande qualité, il faudra nécessairement établir une banque d'information nationale, encourager la recherche sur la gestion de l'information en matière de santé en général, mais plus particulièrement de santé mentale et de toxicomanie, et exploiter judicieusement les technologies de l'information et des communications. Si des mesures en ce sens étaient prises, il serait possible de prendre des décisions mieux éclairées, d'établir des priorités et des politiques bien pensées et d'améliorer les résultats pour les personnes souffrant de troubles mentaux ou de toxicomanie.

6.1 ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES

Le cycle 1.2 de l'Enquête de Statistique Canada sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002, qui portait sur la santé mentale et le bien-être, a permis de calculer pour la première fois des taux de prévalence de certaines maladies mentales, des troubles liés à l'usage de substances psychoactives, des idées suicidaires et du jeu pathologique. L'enquête ne portait cependant pas sur le vaste éventail des troubles affectifs de l'humeur et des troubles anxieux couverts par l'enquête nationale sur la santé mentale et le bien-être réalisée en Australie en 1997. Cette même enquête australienne se distingue également en ce sens qu'elle établissait une distinction entre la consommation excessive d'alcool et de drogue et la toxicomanie et qu'elle permettait d'évaluer aussi les troubles concomitants et la comorbidité. Le gouvernement australien envisage de réaliser une enquête sur la prévalence de la maladie mentale chez les enfants et les adolescents, de même qu'une enquête sur les troubles psychotiques moins répandus comme la schizophrénie.⁴⁶

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes devrait être répétée à intervalles réguliers et il serait utile d'en élargir la base pour couvrir un plus grand éventail de troubles mentaux, de groupes d'âges et de sous-groupes démographiques. Le Canada ne recueille pas régulièrement de données sur la prévalence des maladies mentales et des toxicomanies chez les Autochtones, les sans-abri et les détenus – groupes qui semblent présenter un risque de maladie mentale plus élevé que la population en général.⁴⁷

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes devrait être répétée à intervalles réguliers et il serait utile d'en élargir la base pour couvrir un plus grand éventail de troubles mentaux, de groupes d'âges et de sous-groupes démographiques.

Est-ce que Statistique Canada devrait effectuer une enquête sur les enfants et les adolescents comme l'Australie entend le faire? Doit-on demander à Statistique Canada d'élargir la portée

⁴⁶ Premier rapport, chapitre 5, section 5.1 et 5.2.

⁴⁷ Premier rapport, chapitre 5, section 5.3.

de la prochaine Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne pour y inclure des questions permettant d'évaluer les troubles concomitants et la comorbidité, comme le fait l'enquête australienne? Que peut-on faire pour améliorer l'information sur la prévalence de la maladie mentale parmi les Autochtones, les sans-abri et les détenus? À quelle fréquence devrait-on administrer l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes? Devons-nous communiquer notre méthodologie d'enquête à d'autres pays pour permettre des comparaisons internationales valables et utiles?

Que peut-on faire pour améliorer l'information sur la prévalence de la maladie mentale chez les Autochtones, les sans-abri et les détenus?

6.2 BANQUE D'INFORMATION NATIONALE

Actuellement, le Canada n'a pas de banque d'information sur la prévalence des maladies mentales et des toxicomanies dans la population. Nous n'avons pas non plus de système d'information permettant de mesurer la situation des Canadiens sur le plan de la maladie mentale et d'évaluer les politiques, les programmes et les services dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie. Bien difficile dans ces conditions de déterminer les besoins et la qualité des services dans les provinces et les territoires.

Actuellement, le Canada n'a pas de banque d'information sur la prévalence des maladies mentales et des toxicomanies dans la population. Nous n'avons pas non plus de système d'information permettant de mesurer la situation des Canadiens sur le plan de la maladie mentale et d'évaluer les politiques, les programmes et les services dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie.

L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale prône l'établissement d'un système national d'information sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie reposant sur une collaboration dynamique de tous les paliers de gouvernement et de toutes les parties concernées, des personnes atteintes aux services de collecte de données. Plusieurs bases de données, dont celles que procurerait une enquête élargie sur la santé dans les collectivités canadiennes, pourraient servir de point de départ. Ce système initial pourrait être transformé en une banque de données bien organisée – à mesure qu'on y ajouterait de nouveaux indicateurs et de nouvelles sources de données – qui serait mise à la disposition des chercheurs et décideurs du secteur public et d'ailleurs.

Qui doit prendre l'initiative de faciliter la mise sur pied d'une telle banque d'information nationale? Quels seraient les rôles respectifs de Statistique Canada, de Santé Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé, des Instituts de recherche en santé du Canada et des administrations provinciales et territoriales dans l'établissement et la gestion de ce système? Les réalisations de certains pays ou de certaines provinces peuvent-elles servir de modèle? Combien coûterait l'établissement d'une banque nationale d'information sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie?

Qui doit prendre l'initiative de faciliter la mise sur pied d'une telle banque d'information nationale?

6.3 RECHERCHE

6.3.1 Le financement

Ce sont les Instituts de recherche en santé du Canada qui, par la voie de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT), sont la principale source fédérale de financement de la recherche sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie. En 2003-2004, les IRSC ont alloué 93 millions de dollars à l'INSMT, dont le budget de base totalise 623 millions de dollars. Sur ce total, quelque 33 millions de dollars vont à la recherche sur la santé mentale et la toxicomanie, soit 5,3 p. 100 du budget total de recherche en santé des IRSC.⁴⁸

Pour beaucoup de témoins, la part du budget total de recherche en santé consacrée à la santé mentale, à la maladie mentale et aux toxicomanies est trop faible et ne reflète pas le fardeau que font peser les troubles mentaux et la toxicomanie sur l'économie. D'après certaines estimations, si le niveau de financement était en rapport avec le coût économique de la maladie, les IRSC devraient porter de 33 à au moins 80 millions de dollars par an les crédits consacrés à la recherche sur la maladie mentale et la toxicomanie. Le Comité a par ailleurs appris que la part du budget total des IRSC consacrée à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie (5,3 p. 100) est relativement faible par rapport à ce qui se fait dans d'autres pays comme le Royaume-Uni (6,5 p. 100) et les États-Unis (10 p. 100).⁴⁹

La part du budget total de recherche en santé consacrée à la santé mentale, à la maladie mentale et aux toxicomanies est trop faible et ne reflète pas le fardeau que font peser les troubles mentaux et la toxicomanie sur l'économie. D'après certaines estimations, si le niveau de financement était en rapport avec le coût économique de la maladie, les IRSC devraient porter de 33 à au moins 80 millions de dollars par an les crédits consacrés à la recherche sur la maladie mentale et la toxicomanie.

Sur quoi faut-il se fonder pour déterminer la proportion des budgets de recherche à consacrer à telle ou telle maladie? Sur sa prévalence? Sur la morbidité et la mortalité? Sur le coût économique de la maladie? Est-ce bien la bonne façon de procéder? Les comparaisons internationales sont-elles utiles? Les allocations de fonds de recherche doivent-elles être déterminées exclusivement ou surtout en fonction de l'intérêt que présente chaque projet de recherche par rapport à toutes les demandes de financement soumises à l'organisme subventionnaire ou doivent-elles être déterminées en tenant compte de tous les chiffres et facteurs abordés plus haut?

S'il faut allouer davantage de crédits à l'INSMT, comment faut-il s'y prendre? En distribuant différemment le budget des IRSC ou en augmentant le budget total de l'INSMT?

S'il faut allouer davantage de crédits à l'INSMT, comment faut-il s'y prendre? En distribuant différemment le budget des IRSC ou en augmentant le budget total de l'INSMT? Doit-on instituer un fonds spécial consacré à la recherche sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie? Les IRSC doivent-ils créer un nouvel institut voué à la santé mentale, à la

⁴⁸ Premier rapport, chapitre 10, section 10.1.

⁴⁹ Premier rapport, chapitre 10, section 10.2.

maladie mentale et aux toxicomanies? Dans l'affirmative, qu'est-ce qui le distinguerait de l'INSMT? Le Comité veut connaître votre avis et vos suggestions quant à l'augmentation du financement, par le gouvernement fédéral, de la recherche sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.

D'autres questions encore nous préoccupent : les autorités provinciales accordent-elles suffisamment d'argent à la recherche? Et les organisations de santé mentale, financent-elles suffisamment la recherche? Et les sociétés pharmaceutiques?

6.3.2 Le transfert du savoir acquis

Le Comité s'est aussi intéressé à la question du transfert du savoir, c'est-à-dire à la façon de permettre aux fournisseurs de services, aux établissements et aux collectivités locales (soit l'échelon de la prestation des services et des moyens de soutien) d'appliquer les résultats de la recherche. Il arrive en effet trop souvent que les découvertes issues de recherches publiées sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie (médicaments, psychothérapies, etc.) ne sortent pas des laboratoires, privant ainsi les malades et les autres parties concernées de services utiles.

La situation du Canada à cet égard n'est pas unique. D'après un rapport américain, aux États-Unis, il s'écoule de 15 à 20 ans entre la découverte de formes de traitement efficaces (médicaments, thérapies, nouveaux modes d'administration des soins, etc.) et leur généralisation dans les soins aux malades. On précise dans le même rapport que, même quand les résultats des découvertes se répandent dans l'usage, on continue d'observer une grande variabilité dans les pratiques cliniques, dont certaines sont même incompatibles avec le modèle de traitement dont la supériorité est avérée.⁵⁰ En revanche, le Comité a appris qu'au Royaume-Uni, le National Institute for Mental Health in England (NIMHE) contribue énormément à diffuser les résultats de recherches les plus poussées jusqu'aux praticiens en santé mentale.⁵¹

Il arrive en effet trop souvent que les découvertes issues de recherches publiées sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie (médicaments, psychothérapies, etc.) ne sortent pas des laboratoires, privant ainsi les malades et les autres parties concernées de services utiles.

Pourquoi est-il si difficile d'intégrer à la pratique courante les médicaments et thérapies modernes dont l'utilité est avérée? Comment peut-on surmonter cette résistance?

Pourquoi est-il si difficile d'intégrer à la pratique courante les médicaments et thérapies modernes dont l'utilité est avérée? Comment peut-on surmonter cette résistance?

Quelles mesures pourrait-on prendre pour encourager l'adoption rapide et universelle, par les fournisseurs de services en santé mentale et en toxicomanie, des résultats prometteurs de la recherche obtenus par l'expérience clinique? Le gouvernement fédéral doit-il établir un fonds pour l'innovation afin d'encourager l'innovation dans la prestation des services et

⁵⁰ Premier rapport, chapitre 10, section 10.4.

⁵¹ Deuxième rapport, chapitre 3, section 3.6.

d'accélérer la mise en pratique des résultats de la recherche ? De quel ordre de grandeur ce fonds devrait-il être? À quelles conditions devait être subordonné le financement de projets?

Le gouvernement fédéral doit-il envisager de créer un organisme analogue au NIMHE du Royaume-Uni pour faciliter l'application des connaissances ou cette tâche relève-t-elle de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies? Dans l'affirmative, comment faciliter sa tâche?

Quelles mesures pourrait-on prendre pour encourager l'adoption rapide et universelle, par les fournisseurs de services en santé mentale et en toxicomanie, des résultats prometteurs de la recherche obtenus par l'expérience clinique?

Le Comité souhaite connaître l'avis des Canadiens sur la manière d'accélérer l'application des résultats de la recherche dans le traitement des personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie.

6.3.3 La recherche sur des sujets humains

Comme nous l'avons signalé dans notre premier rapport, la recherche clinique sur la maladie mentale et la toxicomanie s'est accélérée depuis une vingtaine d'années, ce qui a grandement fait progresser les thérapies. Or, ces importants travaux de recherche exigent souvent la participation de sujets de recherche souffrant eux-mêmes de troubles mentaux.⁵²

La recherche sur des personnes atteintes de maladie mentale ou souffrant de toxicomanie exige des précautions particulières. En effet, si tous les sujets qui participent à des recherches cliniques sont vulnérables jusqu'à un certain point, ceux qui prennent part à des travaux sur la maladie mentale ou la toxicomanie le sont encore plus du fait que les troubles dont ils souffrent, surtout s'ils affectent leurs facultés cognitives ou sont particulièrement graves, compromettent souvent leur capacité de prendre des décisions en toute connaissance de cause.

En effet, si tous les sujets qui participent à des recherches cliniques sont vulnérables jusqu'à un certain point, ceux qui prennent part à des travaux sur la maladie mentale ou la toxicomanie le sont encore plus du fait que les troubles dont ils souffrent, surtout s'ils affectent leurs facultés cognitives ou sont particulièrement graves, compromettent souvent leur capacité de prendre des décisions en toute connaissance de cause.

Or, la capacité de donner un consentement valable est évidemment une condition essentielle de la recherche sur des sujets humains. En conséquence, la vigilance s'impose quand il s'agit d'évaluer, chez les sujets potentiels, la capacité de prendre des décisions et de faire un choix, et d'informer les personnes pertinentes

Les lignes directrices qui régissent la recherche sur des sujets humains sont-elles suffisantes pour protéger les personnes qui souffrent de maladie mentale ou de toxicomanie, particulièrement vulnérables? Sont-elles appliquées avec suffisamment de rigueur dans les essais cliniques menés en dehors des établissements d'enseignement?

⁵² Premier rapport, chapitre 11, section 11.6.

capables de prendre ces décisions à leur place, particulièrement lorsque la recherche en question ne présente pas nécessairement d'avantages directs pour le sujet concerné.⁵³

Cela étant posé, le Comité considère primordial de protéger les droits et le bien-être des sujets de recherches en santé mentale et en toxicomanie. La recherche doit absolument respecter les normes d'éthique les plus élevées et ne jamais porter atteinte aux droits et à la dignité de la personne. Par contre, il faut se garder d'imposer des règles à un point restrictives qu'elles exacerbent la stigmatisation sociale associée à la maladie mentale et à la toxicomanie et empêchent ce segment de population vulnérable de participer à des recherches d'une importance vitale qui pourraient améliorer les connaissances scientifiques sur les troubles qui les affectent et parfois même leur être personnellement bénéfiques. Les lignes directrices qui régissent la recherche sur des sujets humains sont-elles suffisantes pour protéger les personnes qui souffrent de maladie mentale ou de toxicomanie, particulièrement vulnérables? Sont-elles appliquées avec suffisamment de rigueur dans les essais cliniques menés en dehors des établissements d'enseignement?

6.3.4 Un programme de recherché national

Les témoins qui ont parlé de la recherche sur la santé mentale et la toxicomanie ont tous insisté sur la nécessité de disposer d'un programme de recherche national qui ferait fond sur le savoir-faire canadien actuel, qui coordonnerait les activités de recherche actuellement fragmentées menées par divers acteurs (gouvernements, organisations non gouvernementales, sociétés pharmaceutiques) et qui assurerait un équilibre entre la recherche biomédicale, la recherche clinique, la recherche sur les services de santé et la recherche sur la santé de la population dans le grand domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie.⁵⁴ À qui doit-on confier la responsabilité d'élaborer, de mettre en œuvre et de coordonner un tel programme de recherche : à l'INSMT, aux IRSC ou à une toute autre organisation? Quels sujets de recherche doivent initialement avoir la priorité?

6.4 TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION ET DES COMMUNICATIONS

6.4.1 Les dossiers de santé électroniques

Comme le Comité l'a expliqué dans son rapport d'octobre 2002 sur les soins de santé, l'établissement d'un système de dossiers de santé électroniques fournirait à chaque personne un dossier sûr, privé et complet relatant ses antécédents médicaux, à savoir les visites à des médecins de famille et des spécialistes, les hospitalisations, les prescriptions de médicaments, les tests de laboratoire, etc. Ce dossier pourrait être consulté en tout temps et en tout lieu par son titulaire et par les fournisseurs de soins de santé autorisés par lui.

Un tel système de dossiers de santé électroniques permettrait d'améliorer non seulement la qualité et l'opportunité des soins, mais aussi la gestion du système de santé et son efficience,

⁵³ Premier rapport, chapitre 11, section 11.6.

⁵⁴ Premier rapport, chapitre 10, section 10.5.

de même que la reddition de comptes. Les données extraites d'un tel système seraient par ailleurs extrêmement utiles à la recherche sur la santé.⁵⁵

Tous les ordres de gouvernement du Canada sont bien conscients de l'utilité d'un système de dossiers de santé électroniques. En fait, le 11 septembre 2000, les premiers ministres s'étaient donné trois ans pour établir un tel système et étaient convenus de collaborer à l'élaboration de normes communes pour assurer la compatibilité et l'interopérabilité des réseaux provinciaux d'information sur la santé et garantir l'inviolabilité des renseignements médicaux personnels. C'est à la suite de cette entente que le gouvernement fédéral a, en 2001, établi Inforoute Santé du Canada Inc., organisme doté d'un budget de 500 millions de dollars, pour soutenir et accélérer l'élaboration et l'adoption de systèmes de dossiers de santé électroniques interfonctionnels dans tout le pays.

Dans son rapport d'octobre 2002, le Comité s'était dit tôt à fait en faveur de l'établissement d'un système de dossiers de santé électroniques. Nous avons souligné en particulier les travaux d'*Inforoute*, qui marquaient une étape importante vers l'intégration des infrastructures de la santé provinciales et territoriales existantes. Nous avons alors recommandé que le

Le Comité estime que l'amélioration de la gestion de l'information sur la santé, en grande partie grâce à l'application du dossier de santé électronique, peut avoir un effet sur l'efficacité et l'efficience des services de santé mentale et du traitement des toxicomanies.

gouvernement fédéral accorde à *Inforoute* deux milliards de dollars sur cinq ans pour l'élaboration d'un système national de dossiers de santé électroniques à l'appui du système hospitalier et médical qui relève de l'assurance-maladie.⁵⁶ En 2003, le gouvernement fédéral a porté le capital d'*Inforoute* à 1,1 milliard de dollars.

Le Comité estime que l'amélioration de la gestion de l'information sur la santé, en grande partie grâce à l'application du dossier de santé électronique, peut avoir un effet sur l'efficacité et l'efficience des services de santé mentale et du traitement des toxicomanies. Premièrement, comme dans le cas des soins de santé physique, le dossier de santé électronique est une condition préalable nécessaire à l'instauration d'un système de santé mentale et de traitement de la toxicomanie véritablement axé sur la personne. Deuxièmement, il présente un potentiel extraordinaire d'intégration des divers éléments du système de services de santé mentale et du système de traitement de la toxicomanie, lesquels fonctionnent actuellement en vase clos. Troisièmement, le fait de pouvoir échanger des renseignements sur la santé par des moyens sûrs, où et quand on en a besoin, permet d'optimiser les soins de santé mentale et d'accélérer le rétablissement des malades. Enfin, le dossier de santé électronique permet d'éviter de redemander les antécédents personnels et familiaux en matière de santé mentale chaque fois qu'une personne rencontre un nouveau professionnel de la santé mentale ou de la toxicomanie.

Le Comité voudrait savoir si le système de dossiers de santé électroniques en cours d'élaboration par Inforoute Santé du Canada Inc. suscite des inquiétudes particulières parmi les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie. Par exemple, les dossiers

⁵⁵ *Recommandations en vue d'une réforme*, octobre 2002, chapitre 10, section 10.2.

⁵⁶ *Ibid.*

psychiatriques sont-ils vraiment différents des autres types de dossiers médicaux et, dans l'affirmative, en quoi? L'information sur la santé mentale et la toxicomanie doit-elle être traitée différemment des autres données personnelles sur la santé contenues dans le dossier de santé électronique? Nous aimerions connaître les vues des fournisseurs de soins en santé mentale, des spécialistes de la toxicomanie, des malades et de leur famille.

Les questions les plus délicates que soulève le dossier de santé électronique concernent la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels sur la santé. Nous traitons de ces questions en détail à la section 6.5 ci-dessous.

Le Comité voudrait savoir si le système de dossiers de santé électroniques en cours d'élaboration par Inforoute Santé du Canada Inc. suscite des inquiétudes particulières parmi les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie. L'information sur la santé mentale et la toxicomanie doit-elle être traitée différemment des autres données personnelles sur la santé contenues dans le dossier de santé électronique?

6.4.2 Les services de télésanté mentale

Comme le Comité l'a expliqué dans son rapport d'avril 2002, la télémédecine exploite le matériel de vidéoconférence et les appareils connexes pour fournir des soins de santé à distance. Elle permet donc d'améliorer grandement la qualité des soins et l'accès aux soins en temps opportun, en particulier dans les régions rurales et éloignées. Le matériel de vidéoconférence peut, par ailleurs, servir aussi à la formation permanente et au perfectionnement des fournisseurs de soins de santé dans les collectivités éloignées.⁵⁷

Les services de santé mentale et les moyens de soutien connexes sont très inégalement distribués entre les régions. Ils font particulièrement défaut dans les régions rurales et éloignées, surtout dans les communautés et les réserves autochtones où les personnes qui en ont besoin sont souvent forcées de parcourir de grandes distances pour se les procurer. Nul doute que cela ajoute au stress déjà grand des personnes atteintes de troubles mentaux ou de toxicomanie.⁵⁸

Quand ils sont forcés de quitter leur localité, les gens se trouvent privés de leurs systèmes naturels de soutien et de leurs réseaux de soins informels qui leur apportent l'aide financière, psychologique et sociale dont ils ont besoin pour se rétablir mais que n'offre pas le système médical. Si, pour certains, l'anonymat de la ville est un répit bienvenu qui les libère de la stigmatisation et de la honte, dans bien des cas, l'éloignement peut avoir des répercussions fâcheuses importantes sur les thérapies et leurs résultats.

On a dit au Comité que de transplanter des travailleurs de la santé mentale habitués à la ville en milieu rural – en admettant qu'il y en ait qui acceptent de le faire – ne donnerait pas nécessairement de bons résultats, car ceux-ci ne seraient pas qualifiés pour composer avec les particularités de la culture rurale et la myriade d'enjeux connexes.

Quelles sont les perspectives de la télémédecine dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie? Quels sont les problèmes à surmonter? Le gouvernement fédéral investit-il

⁵⁷ Principes et recommandations en vue d'une réforme, avril 2002, chapitre 4.

⁵⁸ Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.3.

suffisamment dans la télémédecine pour les besoins du secteur de la santé mentale et de la toxicomanie?

Le Comité voudrait connaître l'avis des Canadiens sur l'expansion possible de la télémédecine en matière de prestation de services de santé mentale et de formation et de perfectionnement en santé mentale et en toxicomanie.

Quelles sont les perspectives de la télémédecine dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie? Quels sont les problèmes à surmonter? Le gouvernement fédéral investit-il suffisamment dans la télémédecine pour les besoins du secteur de la santé mentale et de la toxicomanie?

6.4.3 Un réseau d'information sur la santé accessible sur internet

Les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie et leur famille veulent de l'information à jour sur les troubles mentaux qui les frappent et sur les thérapies, services et moyens de soutien qui pourraient leur être utiles. Cependant, malgré l'essor des communications par Internet, les gens continuent d'avoir du mal à se procurer une information fiable quand ils en ont le plus besoin; à coup sûr, cette information n'est pas toujours accessible, ni à la portée de tous les Canadiens. En outre, la plupart du temps, il est bien difficile pour les personnes concernées de savoir si l'information qu'elles trouvent est juste et objective et si elles peuvent s'y fier.

Le Réseau canadien de la santé, établi conjointement par le gouvernement fédéral et certaines organisations du secteur de la santé, est considéré par beaucoup comme un des meilleurs du monde. Il offre à la population une information utile sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie dans 26 domaines clés, dont la santé mentale et la toxicomanie.

Certaines provinces ont aussi établi des sites Web consacrés à la maladie mentale et à la toxicomanie. Citons à titre d'exemple le site www.heretohelp.bc.ca, établi par un groupe de sept organismes provinciaux sans but lucratif de la Colombie-Britannique et financé par le gouvernement provincial.

Dans son rapport d'avril 2002, le Comité recommandait la création d'un portail national public donnant accès à une information sur la santé qui soit complète, fiable et propre à faciliter la prise des décisions liées à la santé. Nous avons recommandé que l'on s'appuie pour cela sur le succès du Réseau canadien de la santé et que le portail assure l'intégration des portails provinciaux et territoriaux de manière à garantir la cohérence de l'information. Nous avons aussi précisé que le portail national devrait faciliter

Dans son rapport d'avril 2002, le Comité recommandait la création d'un portail national public donnant accès à une information sur la santé qui soit complète, fiable et propre à faciliter la prise des décisions liées à la santé. Nous avons recommandé que l'on s'appuie pour cela sur le succès du Réseau canadien de la santé et que le portail assure l'intégration des portails provinciaux et territoriaux de manière à garantir la cohérence de l'information.

l'accès des populations mal desservies (Autochtones, collectivités rurales et éloignées, etc.) à une information de haute qualité.⁵⁹

Le Réseau canadien de la santé est-il bien placé pour devenir un site Web de confiance dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie? Comment le Réseau peut-il exploiter les forces de ses homologues provinciaux sans cependant faire double emploi?

Le Réseau canadien de la santé est-il bien placé pour devenir un site Web de confiance dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie? Comment le Réseau peut-il exploiter les forces de ses homologues provinciaux sans cependant faire double emploi?

6.5 PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans son dernier rapport sur les soins de santé (octobre 2002), le Comité a traité de la question de la protection des dossiers de santé électroniques et de leur exploitation pour les fins de la recherche.

Pour ce qui est des dossiers de santé électroniques, nous avons noté d'importantes différences entre les lois sur la protection des renseignements personnels et les politiques d'accès aux données des provinces. Nous avons recommandé que le gouvernement fédéral et les provinces et territoires se concertent pour harmoniser la protection des renseignements personnels sur la santé.

Nous avons aussi abordé la question du grand nombre d'intervenants dans la collecte des renseignements personnels sur la santé qui figureraient dans un dossier de santé. Nous avons recommandé que l'on institue des mesures de sécurité de pointe pour protéger les renseignements personnels sur la santé et que les divers dépositaires, qui ont accès aux dossiers, rendent compte de l'utilisation qu'ils en font.⁶⁰

En ce qui concerne la recherche, le Comité s'était rangé à la nécessité d'autoriser un accès limité aux renseignements personnels sur la santé à des fins de recherche tout en préservant la confidentialité de cette information. Nous avons recommandé que le gouvernement fédéral mène une campagne de sensibilisation du public pour faire valoir les avantages de l'exploitation des renseignements personnels sur la santé pour les fins de la recherche sur la santé. Nous avons recommandé aussi que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les IRSC et les autres parties concernées, étudie les mécanismes d'examen et de contrôle nécessaires pour protéger les renseignements personnels sur la santé.⁶¹

Dans son premier rapport, le Comité faisait remarquer que, selon certaines personnes, la protection des renseignements personnels est peut-être encore plus préoccupante dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie que dans celui de la santé physique. Les témoignages que nous avons entendus nous forcent à nous demander si les politiques et les lois qui régissent la confidentialité et la protection des renseignements

⁵⁹ Principes et recommandations en vue d'une réforme, avril 2002, chapitre 4, section 4.7.

⁶⁰ Recommandations en vue d'une réforme, octobre 2002, chapitre 10.

⁶¹ Recommandations en vue d'une réforme, octobre 2002, chapitre 12.

personnels – qui, en règle générale, servent assez bien les personnes mentalement compétentes – ne desservent en fait pas les intérêts des personnes qui, en raison de la nature et du caractère envahissant de la maladie mentale et de la toxicomanie, sont partiellement ou entièrement dépendantes de multiples prestataires de soins.⁶²

Dans le contexte d'un système de dossiers de santé électroniques, le Comité est bien conscient que toute érosion des mesures de protection des renseignements personnels aurait de graves conséquences sur la confiance que les patients ont envers ceux qui leur dispensent des soins. Cependant, des témoins nous ont déclaré que, dans certaines circonstances, la stricte observance

Les témoignages que nous avons entendus nous forcent à nous demander si les politiques et les lois qui régissent la confidentialité et la protection des renseignements personnels qui, en règle générale, servent assez bien les personnes mentalement compétentes, ne desservent pas en fait les intérêts des personnes qui, en raison de la nature et du caractère envahissant de la maladie mentale et de la toxicomanie, sont partiellement ou entièrement dépendantes de multiples dispensateurs de soins.

des règles relatives à la protection des renseignements personnels et à la confidentialité va à l'encontre des intérêts des personnes dont la santé mentale est compromise. Il faut reconnaître ces difficultés particulières lorsqu'on élabore, interprète et applique les règles en matière de protection des renseignements personnels et de confidentialité, afin que les dispensateurs de soins de santé puissent apporter aux patients l'aide dont ils ont besoin.⁶³

Le Comité voudrait connaître les vues des Canadiens à ce sujet. L'établissement d'un système de dossiers de santé électroniques exige-t-il l'ajout de mesures de sécurité additionnelles pour protéger l'information sur la santé mentale et la toxicomanie ou faut-il au contraire prévoir des assouplissements pour que l'information circule mieux et que l'on puisse dispenser des soins de santé mentale de meilleure qualité avec une plus grande continuité? Nous aimerions savoir aussi s'il faut modifier les lois provinciales pour permettre la communication de renseignements sur les malades entre fournisseurs de soins.

L'observation rigoureuse des règles courantes de confidentialité et de protection des renseignements personnels peut avoir des conséquences fâcheuses. En effet, actuellement, un médecin ne peut communiquer aucune information personnelle aux soignants, parents, frères et sœurs ou enfants d'une personne atteinte de troubles mentaux ou de toxicomanie sans le consentement de celle-ci. Or, les personnes concernées ne sont pas toujours aptes à donner ce consentement.⁶⁴

Quels changements faudrait-il apporter aux règles pour faciliter la communication des renseignements concernant un malade à sa famille? Faut-il normaliser et uniformiser davantage les usages quant à la communication de renseignements personnels sur des personnes atteintes de troubles mentaux ou de toxicomanie?

⁶² Premier rapport, chapitre 11, section 11.3.

⁶³ Premier rapport, chapitre 11, section 11.7.

⁶⁴ Premier rapport, chapitre 11, section 11.3.

Existe-t-il des systèmes de santé mentale comportant des procédures et des formulaires de consentement meilleurs et plus clairs pour la divulgation d'informations aux familles? Quels changements faudrait-il apporter aux règles pour faciliter la communication des renseignements concernant un malade à sa famille? Faut-il normaliser et uniformiser davantage les usages quant à la communication de renseignements personnels sur des personnes atteintes de troubles mentaux ou de toxicomanie?

CHAPITRE 7: LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Le gouvernement fédéral a un rôle direct et un rôle indirect dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie. Son rôle direct tient à ses responsabilités constitutionnelles envers les membres des Premières Nations qui vivent dans des réserves, les détenus des pénitenciers fédéraux, les anciens combattants et les membres des Forces canadiennes, la GRC, et certains immigrants reçus et demandeurs du statut de réfugié. Le gouvernement fédéral est, par ailleurs, un gros employeur qui gère des effectifs considérables. Son rôle indirect tient à ce qu'il lui incombe de veiller à l'intérêt public au niveau national, ce qui couvre notamment les transferts aux provinces et territoires, la collecte de données, le financement de travaux de recherche, l'homologation des médicaments, les mesures de soutien du revenu et les pensions d'invalidité, certains programmes sociaux comme les mesures relatives au logement, la justice pénale et la promotion de la santé et du bien-être de la population. En conséquence, il existe un vaste éventail de programmes et de services fédéraux qui touchent la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.⁶⁵

7.1 RÔLE DIRECT

Dans son premier rapport, le Comité signale la façon extrêmement fragmentée dont le gouvernement fédéral aborde les questions de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie relativement aux divers groupes qui relèvent de lui : les services et moyens de soutien sont offerts par plusieurs ministères ou plusieurs directions ou divisions ministérielles, sans grande collaboration.

La manière dont le gouvernement fédéral aborde les questions de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie relativement aux divers groupes qui relèvent de lui est très fragmentée.

Nous avons aussi fait état du manque de coopération entre le gouvernement fédéral et les provinces au sujet des programmes qui visent les Premières Nations, les Inuits et les détenus des pénitenciers fédéraux. Nous avons en outre signalé de nombreuses lacunes au niveau des services dans de nombreux programmes.⁶⁶

Dans l'ensemble, le gouvernement fédéral ne semble pas s'être donné de stratégie à l'égard des groupes dont il est directement responsable, et encore moins une stratégie globale visant l'ensemble de la population. Nous n'avons observé aucun effort ayant pour objet d'élaborer un cadre fédéral global intégré ou d'obtenir la collaboration de tous les ministères et

Nous n'avons constaté aucun effort ayant pour objet d'élaborer un cadre fédéral global intégré ou d'obtenir la collaboration de tous les ministères et organismes concernés.

⁶⁵ Premier rapport, chapitre 9, section 9.1.

⁶⁶ Premier rapport, chapitre 9, section 9.2.

organismes concernés. On ne semble pas non plus chercher à concevoir une stratégie pour répondre aux besoins, en matière de santé mentale, des divers groupes qui relèvent du gouvernement fédéral.⁶⁷

Que peut-on faire pour mieux coordonner et intégrer les mesures fédérales en matière de santé mentale et de toxicomanie à l'égard des groupes qui relèvent des autorités fédérales? Par exemple, faudrait-il que Santé Canada collabore avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord, le ministère du Développement des ressources humaines et les autres ministères concernés pour améliorer l'efficacité et l'efficience de

Que peut-on faire pour mieux coordonner et intégrer les mesures fédérales en matière de santé mentale et de toxicomanie à l'égard des groupes qui relèvent des autorités fédérales?

la prestation des services de santé mentale et des traitements de la toxicomanie dans les communautés de Premières Nations et les collectivités inuites? Comment s'y prendre pour favoriser ce type de collaboration interministérielle? Vaudrait-il mieux confier à un seul ministère la prestation de tous les services concernant la santé mentale et la toxicomanie? Ou encore faudrait-il céder cette responsabilité aux provinces, le gouvernement fédéral se contentant d'assumer le coût des services fournis?

De même, que peut-on faire pour améliorer l'offre et la qualité des services et des moyens de soutien dont les détenus des pénitenciers fédéraux ont besoin? Que peut faire le gouvernement fédéral pour que le Service correctionnel du Canada soit mieux en mesure de répondre aux besoins sur le plan des services de santé mentale et du traitement de la toxicomanie?

Comment pourrait-on améliorer la collaboration entre les divers ordres de gouvernement en ce qui a trait à la prestation des services de santé mentale et au traitement de la toxicomanie pour les Premières Nations et les Inuits ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux? Dans le cas de ces derniers, par exemple, quelles politiques et quels programmes fédéraux et provinciaux faudrait-il harmoniser (par ex., le Code criminel et les lois provinciales sur la santé mentale)?

Les anciens combattants, ainsi que les membres des Forces canadiennes et de la GRC sont exclus de la définition de « personne assurée » aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*. Dans leur cas, les soins de santé, les services de santé mentale, la prévention du suicide et le traitement de la toxicomanie relèvent du ministère des Anciens combattants, du ministère de la Défense nationale et de Santé Canada. Comment pourrait-on mieux coordonner les programmes et les activités de ces ministères?

7.2 RÔLE INDIRECT

Outre un rôle direct, le gouvernement fédéral a aussi un rôle indirect dans le secteur de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie dans la mesure où il doit voir à l'intérêt public d'un point de vue national. Des témoins ont fait remarquer au Comité que le gouvernement fédéral se sert régulièrement du pouvoir de dépenser que lui confère la

⁶⁷ Premier rapport, chapitre 9, section 9.3.

Constitution pour influencer sur de vastes initiatives nationales qui relèvent de la politique de santé et de la politique sociale. En fait, ce pouvoir de dépenser est à la base de la *Loi canadienne sur la santé* et du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux.⁶⁸

Il a beaucoup été question, durant les audiences du Comité, de l'ambivalence qui persiste depuis 55 ans quant à la place des services de santé mentale dans le système public de soins de santé.⁶⁹ Actuellement, la *Loi canadienne sur la santé* exclut expressément de la définition de l'intégralité les services dispensés par des établissements psychiatriques. De nombreux services de santé mentale dispensés par des fournisseurs de soins autres que des médecins ne sont pas couverts par la *Loi*; c'est le cas par exemple des services des psychologues.⁷⁰

Il a beaucoup été question, durant les audiences du Comité, de l'ambivalence qui persiste depuis 55 ans quant à la place des services de santé mentale dans le système public de soins de santé.

Actuellement, aucune portion spécifiée des transferts fédéraux n'est expressément vouée à la santé mentale et au traitement de la toxicomanie. Le Transfert canadien en matière de santé prévoit des fonds pour les services communautaires actifs de santé mentale mais aucun montant précis n'est réservé à cet usage.⁷¹

Que peut faire le gouvernement fédéral pour dissiper l'ambivalence quant à la place de la santé mentale dans ses politiques et programmes d'envergure nationale?

Que peut faire le gouvernement fédéral pour dissiper l'ambivalence quant à la place de la santé mentale dans ses politiques et programmes d'envergure nationale? Serait-il opportun de modifier la *Loi canadienne sur la santé* pour inclure dans les services assurés les services dispensés par les établissements psychiatriques et par les psychologues? Le gouvernement fédéral doit-il vouer une partie donnée de ses paiements de transfert à la maladie mentale et à la toxicomanie? Faudrait-il pour cela adopter une loi sur la santé mentale? Le premier ministre doit-il nommer un ministre d'État à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie?

Si le gouvernement fédéral décidait d'adopter des mesures incitatives propres à faire en sorte que les personnes souffrant de troubles mentaux ou de toxicomanie aient un accès universel et équitable aux services et aux moyens de soutien dont elles ont besoin, de quelle nature doivent être ces mesures et comment pourra-t-on le mieux atteindre l'objectif visé?

Vaudrait-il mieux que le gouvernement fédéral institue un nouveau mécanisme de financement axé spécifiquement sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie? Faut-il subordonner les transferts aux provinces et aux territoires à certaines conditions relativement à la maladie mentale et à la toxicomanie et, dans l'affirmative, lesquelles? Si le

⁶⁸ Premier rapport, chapitre 9, section 9.4.

⁶⁹ Premier rapport, chapitre 9, section 9.4.2.

⁷⁰ Premier rapport, chapitre 9, section 9.5.1.

⁷¹ Premier rapport, chapitre 9, section 9.5.2.

gouvernement fédéral décidait d'adopter des mesures incitatives propres à faire en sorte que les personnes souffrant de troubles mentaux ou de toxicomanie aient un accès universel et équitable aux services et aux moyens de soutien dont elles ont besoin, de quelle nature doivent être ces mesures et comment pourra-t-on le mieux atteindre l'objectif visé?

Une autre question a été abordée durant les audiences du Comité : celle des médicaments de prescription et des services à domicile. Que peut faire le gouvernement pour que les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie bénéficient des pharmacothérapies dont elles ont besoin? Le régime d'assurance contre les frais exorbitants de médicaments de prescription – envisagé par le Comité⁷² et qui figure dans le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*

Le régime d'assurance contre les frais exorbitants de médicaments de prescription – envisagé par le Comité et qui figure dans le Plan décennal pour consolider les soins de santé des premiers ministres (septembre 2004) – permettra-t-il que les personnes atteintes de troubles mentaux ou de toxicomanie obtiennent les médicaments de prescription dont elles ont besoin?

des premiers ministres (septembre 2004) – permettra-t-il que les personnes atteintes de troubles mentaux ou de toxicomanie obtiennent les médicaments de prescription dont elles ont besoin? Ces personnes ont-elles des réserves au sujet de ce régime?

De même, de quelle forme de programme de soins à domicile (soins actifs de courte durée, évaluation des besoins ou soins de longue durée) a-t-on besoin dans le domaine de la maladie mentale et de la toxicomanie? L'entente des premiers ministres de septembre 2004 prévoyant la couverture

De quelle forme de programme de soins à domicile (soins actifs de courte durée, évaluation des besoins ou soins de longue durée) a-t-on besoin dans le domaine de la maladie mentale et de la toxicomanie?

intégrale de certains services de soins à domicile, notamment deux semaines de soins actifs communautaires de santé mentale fournis à domicile pour la gestion du cas et des services d'intervention d'urgence, est-elle suffisante ou faut-il envisager un programme plus complet?

7.3 COLLABORATION INTERGOUVERNEMENTALE

Le gouvernement fédéral se sert depuis longtemps de son potentiel fiscal pour influencer sur les politiques nationales en matière de santé et de programmes sociaux, mais certains affirment que cela ne suffit pas. Des témoins ont dit au Comité qu'il est essentiel de resserrer très nettement la consultation et la collaboration intergouver-

Il est essentiel de resserrer très nettement la consultation et la collaboration intergouvernementales pour assurer l'uniformité, élaborer et faire respecter des normes, harmoniser les mesures et lancer une initiative nationale en santé mentale.

nementales pour assurer l'uniformité, élaborer et faire respecter des normes, harmoniser les mesures et lancer une initiative nationale en santé mentale. Cependant, c'est aux provinces et aux territoires qu'il incombe d'assurer la prestation des services liés à la santé mentale et à la toxicomanie sur leur territoire, et toute initiative fédérale doit en tenir compte. En

⁷² Recommandations en vue d'une réforme, octobre 2002, chapitre 7.

conséquence, toute tentative de restructuration et de réforme du secteur de la santé mentale et de la toxicomanie passe nécessairement par la consultation et la collaboration intergouvernementales.

Or, bien peu de ressources sont consacrées aux activités intergouvernementales dans ce domaine. Une structure a été certes établie le 17 avril 1986 – le Réseau consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale – pour conseiller la conférence des sous-ministres de la santé sur la coopération entre les administrations fédérale, provinciales et territoriales dans le domaine de la santé mentale. Cependant, à la fin des années 90, la Conférence des sous-ministres de la santé a cessé de financer le Réseau, si bien qu'on n'a plus les moyens de réunir les décideurs en santé mentale de tout le pays pour leur permettre d'échanger des informations et d'élaborer des politiques et des plans cohérents. Quelques provinces continuent de participer au Réseau consultatif, mais le financement plutôt restreint qu'elles fournissent limite l'envergure des travaux.⁷³

Que peut faire le gouvernement fédéral pour encourager la coordination, la collaboration et les partenariats entre les divers ordres de gouvernement dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie?

Toute tentative de restructuration et de réforme du secteur de la santé mentale et de la toxicomanie passe nécessairement par la consultation et la collaboration intergouvernementales

Que peut faire le gouvernement fédéral pour encourager la coordination, la collaboration et les partenariats entre les divers ordres de gouvernement dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie? Faut-il révisiter le Réseau consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale

Que peut faire le gouvernement fédéral pour encourager la coordination, la collaboration et les partenariats entre les divers ordres de gouvernement dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie?

pour lui donner un mandat plus vaste qui engloberait à la fois la santé mentale et la toxicomanie? Vaudrait-il mieux soit établir un tout nouvel organisme (sur le modèle de la commission de la santé mentale de la Nouvelle-Zélande⁷⁴, du National Institute for Mental Health in England⁷⁵ ou de l'ancienne Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick), soit confier ce mandat à un organisme existant (comme l'Agence de santé publique du Canada)?

Que peut faire le gouvernement fédéral pour faciliter la tâche aux provinces et aux territoires qui tentent une réforme et un renouvellement de leur système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie? Existe-t-il, au Canada, des modèles à émuler? Est-ce que la création d'un ministère

Que peut faire le gouvernement fédéral pour faciliter la tâche aux provinces et aux territoires qui tentent une réforme et un renouvellement de leur système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie?

⁷³ Premier rapport, chapitre 9, section 9.4.

⁷⁴ Deuxième rapport, chapitre 2, section 2.1.1.

⁷⁵ Deuxième rapport, chapitre 2, section 3.1.1.

d'État à la santé mentale et à la toxicomanie, comme il en existe en Colombie-Britannique, serait utile dans les autres provinces et territoires, voire au niveau fédéral?

7.4 PLAN D'ACTION NATIONAL

On a fait valoir au Comité qu'en plus d'une bonne collaboration intergouvernementale, le Canada a besoin d'un plan d'action national complet en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie pour garantir la réussite de la réforme et de la restructuration. L'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni se sont déjà dotés d'une stratégie ou d'un plan d'action national en santé mentale. De l'avis de beaucoup, le Canada souffre de l'absence de leadership au niveau national dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie, ce qui a des conséquences non négligeables : les mesures de réforme du secteur de la santé, qu'il s'agisse de celles du gouvernement fédéral ou de celles des provinces et des territoires, ne traitent pas spécifiquement de la maladie mentale et de la toxicomanie; les rôles et responsabilités des parties concernées sont mal définis; le fait que les provinces et les territoires en soient chacun à des étapes différentes de réforme de leur système de soins relativement à la maladie mentale et à la toxicomanie entraîne des inégalités ennuyeuses.

Beaucoup ont dit au Comité que le gouvernement fédéral devrait assumer un rôle de chef de file dans l'élaboration d'un plan d'action national. Ils estiment que c'est l'absence de leadership fédéral qui est à l'origine de l'approche fragmentée de la maladie mentale et de la toxicomanie, de l'apparition de modèles divergents voire incompatibles dans les diverses provinces et de doubles emplois inutiles et d'un gaspillage de ressources.

Le Canada a besoin d'un plan d'action national complet en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie pour assurer la réussite de la réforme et de la restructuration. De l'avis de beaucoup, le Canada souffre de l'absence de leadership au niveau national dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie, ce qui a des conséquences non négligeables.

Pour de nombreux témoins, le cadre national doit fixer des normes de service pour tous les aspects de la santé mentale (prévention, promotion de la santé, services communautaires aux malades hospitalisés et services spécialisés). Ces normes doivent aussi s'appliquer aux services dispensés durant toute la vie de chaque personne concernée. Le plan d'action doit faire une bonne place aux enfants et aux adolescents, aux Autochtones, aux personnes âgées, aux détenus des pénitenciers fédéraux, aux femmes et aux immigrants reçus.

Beaucoup ont recommandé que le gouvernement fédéral assume un rôle de chef de file dans l'élaboration d'un plan d'action national.

Beaucoup de témoins ont insisté sur le fait qu'un plan d'action national en matière de santé mentale doit être le fruit d'une collaboration faisant intervenir le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces et des territoires, les ONG et les autres organisations concernées, de même que les malades eux-mêmes.

En septembre 2000, l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, organisation qui représente une vingtaine d'ONG, a fait paraître un document de discussion dans lequel elle réclamait l'élaboration d'un plan d'action national qui susciterait une transformation fondamentale de la manière dont on aborde la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada. Ce document de travail se voulait la première étape d'un processus qui devait mener à un consensus sur un plan d'action national. Il s'agissait d'un outil permettant de faciliter la discussion, de susciter des idées et d'établir une coalition nationale forte pour promouvoir la mise en œuvre du plan d'action par tous les paliers de gouvernement. Il n'était pas conçu comme un document de discussion politique ni comme un guide de réforme systémique. Quels progrès ont été réalisés aux échelons fédéral, provincial et local depuis la parution de ce document de l'Alliance? Les objectifs ou la conception prônés par l'Alliance ont-elles été adoptés dans certaines régions? Les ONG représentées par l'Alliance doivent-elles aller plus loin et élaborer une proposition concrète de restructuration du système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie?

De manière plus générale, qu'est-ce qui empêche actuellement l'élaboration d'un plan d'action national en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie? Comment ce plan devrait-il être élaboré et mis en œuvre? Faudrait-il procéder par étapes ou mettre en œuvre simultanément plusieurs grands systèmes? Faut-il un seul plan d'action pour l'ensemble du Canada ou des plans d'action par province et par territoire fondés sur une conception commune?

Beaucoup de témoins ont insisté sur le fait qu'un plan d'action national en matière de santé mentale doit être le fruit d'une collaboration faisant intervenir le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces et des territoires, les ONG et les autres organisations concernées, de même que les malades eux-mêmes

Outre qu'ils leur faut élaborer une démarche commune claire, les gouvernements devraient-ils définir des objectifs et normes détaillés en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie? Cela contribuerait-il à une meilleure évaluation des résultats obtenus auprès des malades et à une meilleure appréciation du rendement du système?

Le plan d'action national doit-il être élaboré par étapes ou faudrait-il mettre en œuvre simultanément plusieurs grands systèmes? Faut-il un seul plan d'action pour l'ensemble du Canada ou des plans d'action par province et par territoire fondés sur une conception commune?

Quels éléments doivent figurer dans un plan d'action national: sensibilisation et éducation du public et des professionnels; prévention de la maladie mentale et du suicide; diffusion d'informations ou de lignes directrices sur les pratiques exemplaires; planification des ressources humaines (formation et perfectionnement); financement de la recherche; mesures propres à encourager l'intégration systémique et la collaboration? Quelles doivent être les priorités?

Quels éléments doivent figurer dans un plan d'action national?

Comment devons-nous nous y prendre pour faire en sorte que les personnes touchées par la maladie mentale et la toxicomanie et leur famille puissent participer pleinement à l'élaboration d'un plan d'action national?

Comment devons-nous nous y prendre pour faire en sorte que les personnes touchées par la maladie mentale et la toxicomanie et leur famille puissent participer pleinement à l'élaboration d'un plan d'action national?

CHAPITRE 8: FINANCEMENT DE LA RÉFORME, RENDEMENT ET REDDITION DE COMPTES

Le montant total du financement consacré aux services et moyens de soutien en matière de santé mentale et de traitement des toxicomanies suscite des préoccupations. IL a aussi beaucoup été question de la nécessité de trouver une formule de financement qui permette de distribuer équitablement dans tout le pays les fonds destinés aux services de santé mentale et au traitement des toxicomanies.

Le Comité a entendu dire que l'aboutissement de la restructuration du système de santé mentale et de traitement de la toxicomanie dépend non seulement d'une suffisance de ressources pour offrir les services et moyens de soutien nécessaires, mais aussi de la mise en place d'outils et de structures efficaces de contrôle et d'évaluation du rendement, d'une structure de gestion de l'information et d'un cadre de financement pour assurer une distribution équitable des fonds.

8.1 NIVEAU DE FINANCEMENT

La question du financement des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie est l'objet d'un intense débat au Canada, comme dans bien d'autres pays d'ailleurs. Des rapports provinciaux illustrent le sous-financement chronique des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie. Beaucoup de gens estiment que les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants pâtissent de ce manque de financement. En particulier celles qui appartiennent à une minorité ethnoculturelle, les sans-abri et celles atteintes de troubles multiples.⁷⁶

De l'avis de nombreux témoins, les dépenses publiques consacrées à la santé mentale et à la toxicomanie au Canada sont bien faibles en regard de la prévalence et du fardeau économique de la maladie mentale et des toxicomanies, comparativement aux affections physiques. D'autres ont affirmé que les budgets sont insuffisants pour permettre une transition réussie des soins en institution à des soins et des moyens de soutien permettant la vie dans la collectivité.⁷⁷

De nombreux témoins sont d'avis que les dépenses publiques consacrées à la santé mentale et à la toxicomanie au Canada sont bien faibles en regard de la prévalence et du fardeau économique de la maladie mentale et des toxicomanies, comparativement aux affections physiques

Malheureusement, il n'est pas facile de savoir combien d'argent exactement il faut consacrer à la maladie mentale, à la santé mentale et à la toxicomanie. Il est actuellement impossible d'obtenir des données globales sur les

Il n'est pas facile de savoir combien d'argent exactement il faut consacrer à la maladie mentale.

⁷⁶ Premier rapport, section 8.2.1.

⁷⁷ Premier rapport, chapitre 7.

dépenses au titre des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie. Il reste que beaucoup de témoins ont dénoncé les grandes lacunes des services et le fait qu'on répond mal aux besoins des personnes atteintes. Il faudra vraisemblablement augmenter les ressources consacrées à ce segment du système de santé. Pour déterminer les investissements nécessaires, il faudra d'abord se livrer à un examen en profondeur de la manière dont sont employées les ressources actuelles et élaborer un plan exploitant les façons les plus efficaces de faire un usage optimal des ressources courantes.

L'usage optimal des ressources soulève de nombreuses questions. Par exemple, est-il possible de modifier le système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie pour obtenir des gains d'efficacité et générer des économies suffisantes pour financer les services nécessaires de santé mentale et de traitement de la toxicomanie? Les pouvoirs publics doivent-ils consacrer davantage d'argent à ces services? Dans l'affirmative, combien? Et d'où doivent venir les crédits additionnels nécessaires : de la réaffectation de ressources courantes ou d'une augmentation des impôts?

Doit-on lier le montant des fonds destinés à la maladie mentale et à la toxicomanie à la prévalence de ces troubles et au fardeau qu'ils font peser sur l'économie? Quels doivent être le niveau et la forme de la contribution du gouvernement fédéral à cet égard? Doit-elle demeurer à l'intérieur du système actuel de transferts (TCMS et TCMPS) ou doit-elle relever d'une enveloppe nouvelle distincte?

Doit-on lier le montant des fonds destinés à la maladie mentale et à la toxicomanie à la prévalence de ces troubles et au fardeau qu'ils font peser sur l'économie?

Le Comité a noté avec intérêt que le gouvernement de la Nouvelle-Zélande s'est fixé des objectifs très détaillés (comme le nombre de lits d'hôpital, de travailleurs communautaires en santé mentale, de places de traitement à la méthadone, etc.) qui lui permettent de calculer le financement requis au niveau national et les besoins en matière de développement des services.⁷⁸ Le Canada doit-il suivre l'exemple de la Nouvelle-Zélande et se donner des objectifs en matière de ressources? Dans l'affirmative, ces objectifs doivent-ils ensuite servir de base au calcul des budgets du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires en matière de maladie mentale et de toxicomanie? Dans la négative, comment les budgets de ce secteur doivent-ils être calculés et par qui?

Le système actuel de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie dépend de multiples sources de financement. Comme les services et les moyens de soutien, le financement est fragmenté entre de nombreux programmes. Le financement public de ce secteur doit-il continuer de provenir des divers ministères concernés ou vaudrait-il mieux que les gouvernements instituent un fonds interministériel ou des programmes ou mesures interministériels dont les coûts et les avantages seraient partagés?

Vaudrait-il mieux que les gouvernements instituent un fonds interministériel ou des programmes ou mesures interministériels dont les coûts et les avantages seraient partagés?

⁷⁸ Deuxième rapport, chapitre 2, section 2.1.1.

Le Comité estime qu'il serait important d'aborder aussi la question de savoir si les fonds doivent viser surtout le traitement des signes et symptômes des troubles mentaux ou s'il faut également chercher à s'attaquer aux causes du mal. Il est également crucial de déterminer les activités à financer et, peut-être plus important encore, celles qu'il faut cesser de financer.

8.2 FINANCEMENT DISTINCT

Beaucoup de témoins ont recommandé un financement distinct réservé au secteur de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie. Ils s'appuient en cela sur l'exemple de l'Australie qui a consenti aux États et territoires une augmentation des transferts réservée à la réforme du secteur de la santé mentale; des ententes intergouvernementales ont été signées dans lesquelles les États et territoires s'engagent à maintenir ou à protéger leur niveau de financement. Autrement dit, ces transferts étaient en sus du financement courant.⁷⁹ Doit-on adopter une approche analogue au Canada ou vaudrait-il mieux que le financement du secteur relève d'une enveloppe séparée? Est-ce que la création de fonds réservés permettrait mieux de faire en sorte que le financement du secteur soit prévisible, durable et équitable?

Faut-il réserver une part des transferts à la santé mentale et à la toxicomanie?

Quels seraient les inconvénients de cette formule? Par exemple, court-on le risque que les fonds servent essentiellement à financer de soins primaires au détriment des moyens de soutien à caractère social?

8.3 RENDEMENT ET REDDITION DE COMPTES

De nombreux rapports provinciaux et des témoins ont fait état du manque criant de mécanismes de reddition de comptes dans le système actuel de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie. Les rôles et responsabilités des divers paliers de gouvernement et des multiples fournisseurs de services ne sont pas clairement définis. On a aussi besoin d'un système d'évaluation du rendement pour contrôler la qualité et l'efficacité des services offerts et la productivité globale du système.⁸⁰

On observe un manque criant de mécanismes de reddition de comptes dans le système actuel de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie. Les rôles et responsabilités des divers paliers de gouvernement et des multiples fournisseurs de services ne sont pas clairement définis.

Dans son rapport d'octobre 2002 sur le régime de santé, le Comité avait recommandé la création d'un conseil national des soins de santé pour améliorer la responsabilisation dans le secteur de la santé et faire rapport sur le rendement du système (rentabilité, efficacité, qualité et résultats des soins).⁸¹ Nous avons aussi recommandé que les deux paliers de

Comment doit-on tenir les Canadiens au courant des progrès des gouvernements sur le plan de la réforme du système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie?

⁷⁹ Deuxième rapport, chapitre 1, section 1.2.

⁸⁰ Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.1.

⁸¹ *Recommandations en vue d'une réforme*, octobre 2002, chapitre 1, p. 5-21.

gouvernement rendent compte de l'usage des fonds publics destinés à la santé.⁸²

Comment doit-on tenir les Canadiens au courant des progrès des gouvernements sur le plan de la réforme du système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie? De la mise en œuvre des plans nationaux et provinciaux? De la réduction de la stigmatisation et de la discrimination? De l'offre de ressources humaines?

Faut-il instituer des programmes d'assurance de la qualité? Comment définir la qualité et, tout aussi important, comment la mesurer? Suivant quel processus doit-on élaborer un programme d'assurance de la qualité?

Faut-il instituer des programmes d'assurance de la qualité? Comment définir la qualité et, tout aussi important, comment la mesurer?

La reddition de comptes et les indicateurs de rendement sont tout aussi importants dans le domaine de la maladie mentale et de la toxicomanie qu'ils le sont dans celui des soins de santé en général. En 2000, le Réseau consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale a publié un document contenant une trousse d'indicateurs de rendement pour faciliter la reddition de comptes et l'évaluation permanentes des services et moyens de soutien en santé mentale. Cette trousse très détaillée, préparée à l'intention des provinces et des territoires, propose des indicateurs permettant de suivre le rendement au niveau du système, du programme et du client. Ces indicateurs sont-ils utilisés dans une province ou un territoire? Le gouvernement fédéral devrait-il encourager l'utilisation de ces indicateurs? Dans l'affirmative, comment?

Les indicateurs de rendement élaborés en 2000 par le Réseau consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale sont-ils utilisés dans une province ou un territoire? Le gouvernement fédéral devrait-il encourager l'utilisation de ces indicateurs? Dans l'affirmative, comment?

Le Conseil national des soins de santé proposé par le Comité et qui, une fois établi, s'est appelé le Conseil national de la santé, est-il l'organe approprié pour évaluer le rendement du système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie, faire rapport à ce sujet et améliorer la reddition de comptes? Ou est-ce que, comme ce système a besoin de services provenant d'un bien plus vaste éventail de programmes et de secteurs que le système de soins de santé, il ne vaudrait pas mieux confier ces responsabilités à un autre organe, comme l'Agence de santé publique du Canada ou une nouvelle organisation fédérale-provinciale-territoriale?

Le Conseil national des soins de santé est-il l'organe approprié pour évaluer le rendement du système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie, faire rapport à ce sujet et améliorer la reddition de comptes?

⁸² *Recommandations en vue d'une réforme*, octobre 2002, chapitre 14, p. 255-264.

Le Comité sait que si la liste des sujets abordés et des solutions proposées dans le présent rapport est assez longue, il est encore loin d'avoir fait le tour de la question. Certains lecteurs auront d'autres sujets à proposer ou nous suggéreront de nouvelles solutions. Nous nous réjouissons d'avance de leur contribution. Nous sommes convaincus que leur participation contribuera à rehausser le débat sur toutes les questions qui touchent le secteur de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie.

Nous savons parfaitement que les vrais experts de la maladie mentale et de la toxicomanie sont les personnes atteintes et leur famille ou ceux qui s'en occupent. Vous hésitez peut-être à parler ouvertement de vos préoccupations et de vos propositions de réforme par peur du qu'en-dira-t-on.

Le Comité a besoin de l'opinion des personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie et de leur famille.

Nous avons pourtant bien besoin de vous! Nous avons donc dressé une liste abrégée de questions qui se trouve sur le site Web du Comité. Nous aimerions que vous y répondiez, soit directement par courriel, soit par la poste, puisque le questionnaire est disponible en format imprimable.

Outre les personnes souffrant de troubles mentaux ou de toxicomanie, leur famille et leurs soignants, nous invitons vivement les professionnels de la santé mentale et du traitement de la toxicomanie, les autres fournisseurs de services de santé, les représentants d'organisations non gouvernementales et les porte-parole des gouvernements et ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux, ainsi que le grand public à prendre le temps de lire le document *Questions et options* et les deux rapports qui l'accompagnent et de nous faire part de leurs vues sur les solutions de réforme qu'ils préfèrent en nous indiquant les raisons de leur choix. Nous comptons sur l'aide de tous les Canadiens et de toutes les Canadiennes dans la préparation de notre rapport final et de nos recommandations. Veuillez faire parvenir vos commentaires à l'adresse suivante :

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

Le Sénat

Ottawa (Ontario) K1A 0A4

soc-aff-soc@sen.parl.gc.ca

Télécopieur : (613)990-6666

ANNEXE A:

**LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ
TROISIÈME SESSION DE LA 37^E LÉGISLATURE
(2 FÉVRIER AU 23 MAI 2004)**

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
À titre personnel	David Loïse Murray Ronald	26 février 2003	9
	J. Michael Grass, président sortant, Groupe de mise en oeuvre en santé mentale du district de Champlain	5 juin 2003	17
	Nancy Hall, conseillère en santé mentale	8 mai 2003	16
	Thomas Stephens, expert- conseil	20 mars 2003	11
Académie canadienne d'épidémiologie psychiatrique	Dr Alain Lesage, président sortant	19 mars 2003	11
Académie canadienne de psychiatrie et de droit	Dre Dominique Bourget, présidente	5 juin 2003	17
Association canadienne de la santé mentale de l'Ontario	Patti Bregman, directrice des programmes	12 juin 2003	18
Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada	Margaret Synyshyn, présidente	29 mai 2003	16
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario	Dr Simon Davidson, Chef, Section de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1er mai 2003	13
Centre hospitalier universitaire Mère-enfant Sainte-Justine	Dre Joanne Renaud, pédopsychiatre; chercheuse boursière, Instituts de recherche en santé au Canada	30 avril 2003	13

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Centre de toxicomanie et de santé mentale	Jennifer Chambers, coordonnatrice du Conseil d'habitation	14 mai 2003	15
	Rena Scheffer, directrice, Services d'informations et d'éducation du public	28 mai 2003	16
CN Centre for Occupational Health and Safety	Kevin Kelloway, directeur	12 juin 2003	18
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées	Dr David K. Conn, coprésident; président, Académie canadienne de psychiatrie gériatrique	4 juin 2003	17
Colombie-Britannique, Province de la	Patrick Storey, président, Conseil consultative du minister sur la santé mentale	14 mai 2003	15
	Heather Stuart, professeure agrégée, Santé communautaire et épidémiologie		
Global Business and Economic, Roundtable and Addiction and Mental Health	Rod Phillips, président et directeur général, Les Consultants Warren Sheppell	12 juin 2003	18
Hamilton Health Sciences Centre	Venera Bruto, psychologue	4 juin 2003	17
Hôpital Douglas	Eric Latimer, économiste de la santé	6 mai 2003	14
	Dr James Farquhar, psychiatre		
	Dre Mimi Israël, chef, Département de psychiatrie; professeure agrégée, Université McGill		
	Myra Piat, chercheuse		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Hôpital Douglas	Amparo Garcia, chef clinico-administratif, Division des Services ultraspécialisés pour adultes	6 mai 2003	14
	Manon Desjardins, chef clinico-administratif, Division des Services sectorisés pour adultes		
	Jacques Hendlisz, directeur général		
	Robyne Kershaw-Bellmare, directrice des soins infirmiers		
Hôpital Louis-H. Lafontaine	Jean-Jacques Leclerc, directeur, Services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté	6 mai 2003	14
	Dr Pierre Lalonde, directeur, Clinique des jeunes adultes		
Hôpital St. Michaels	Dr Paul Links, titulaire de la chaire Arthur Sommer Rothenberg d'études sur le suicide	19 mars 2003	11
Institut canadien d'information sur la santé	Dr John S. Millar, vice- président, Recherche et analyse	20 mars 2003	11
	Carolyn Pullen, expert conseil		
	John Roch, gestionnaire principale, Protection de la vie privée, Secrétariat de la protection de la vie privée		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Instituts de recherche en santé du Canada	Dr Rémi Quirion, directeur scientifique, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies	6 mai 2003	14
	Bronwyn Shoush, commissaire, Institut de la santé des Autochtones	28 mai 2003	16
	Jean-Yves Savoie, président, Conseil consultatif, Institut de la santé publique et des populations	12 juin 2003	18
Santé Canada	Tom Lips, conseiller principal, Santé mentale, Division de la santé des collectivités, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique	19 mars 2003	11
	Pam Assad, directrice déléguée, Division de l'enfance et de l'adolescence, Centre de développement de la santé humaine, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique	30 avril 2003	13
Société Alzheimer du Canada	Steve Rudin, directeur exécutif	4 juin 2003	7
Société canadienne de pédiatrie	Dre Diane Sacks, présidente élue	1er mai 2003	13
	Marie-Adèle Davis, directrice exécutive		
Statistique Canada	Lorna Bailie, directrice adjointe, Division des statistiques sur la santé	20 mars 2003	11
St. Joseph's Health Care London	Maggie Gibson, psychologue	4 juin 2003	17

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Université de Calgary	Dr Donald Addington, professeur et chef, Département de psychiatrie	29 mai 2003	16
Université de la Colombie-Britannique <i>(par vidéoconférence)</i>	Dre Charlotte Waddell, professeur adjointe, Unité d'évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires, Département de psychiatrie, Faculté de médecine	1er mai 2003	13
Université Laval	Dr Michel Maziade, directeur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine	6 mai 2003	14
Université du Manitoba	John Arnett, chef, Département de santé psychologique clinique, Faculté de médecine	28 mai 2003	16
	Robert McIlwraith, professeur et directeur, Programme de psychologie en milieu rural et nordique	29 mai 2003	
Université McGill	Dr Howard Steiger, professeur, Département de psychiatrie; directeur, Clinique des troubles alimentaires, Hôpital Douglas	1er mai 2003	13
Université de Montréal	Laurent Mottron, chercheur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine	6 mai 2003	14

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Université de Montréal	Dr Richard Tremblay, titulaire, chaire de recherche du Canada sur le développement des enfants, professeur de pédiatrie, psychiatrie et psychologie, directeur, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants	6 mai 2003	14
	Dr Jean Wilkins, professeur titulaire et pédiatre, Département de pédiatrie, Faculté de médecine		
	Dre Renée Roy, professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie, Faculté de médecine		
Université d'Ottawa	Tim D. Aubry, professeur associé; co-directeur , Centre de recherché sur les services communautaires	5 juin 2003	17
	Dr Jeffrey Turnbull, directeur, Département de médecine, Faculté de médecine		
Université du Québec à Montréal	Henri Dorvil, professeur, École de travail social	6 mai 2003	14
	Dr Michel Tousignant, professeur et chercheur, Centre de recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie		
Université Queen's	Dr Julio Arboleda-Florèz, professeur et chef du Département de psychiatrie	20 mars 2003	11

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Université de Toronto	Dr Joe Beitchman, professeur et directeur, Division de la psychiatrie de l'enfant; psychiatre en chef, Hospital for Sick Children	30 avril 2003	13
Université de Toronto	Dr David Marsh, directeur des services cliniques, Médecine des toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale	29 mai 2003	16

ANNEXE B:

**LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ
DEUXIÈME SESSION DE LA 37^E LÉGISLATURE
(30 SEPTEMBRE 2002 – 12 NOVEMBRE 2003)**

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
À titre personnel	Charles Bosdet Pat Caponi Don Chapman,	29 avril 2004	7
Alberta Mental Health Board	Ray Block, directeur général	28 avril 2004	7
	Sandra Harrison, directrice exécutive, Planification, défense des droits et liaison		
Alliance de la Fonction publique du Canada	John Gordon, vice-président executive national	1er avril 2004	5
	James Infantino, agent des pensions et assurances d'invalidité		
Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux	Stephen Arbuckle, membre, Groupe d'intérêt lié à la santé	31 mars 2004	5
Association canadienne des troubles anxieux	Peter McLean, vice-président	12 mai 2004	9
Association canadienne pour la santé mentale	Penny Marrett, chef de la direction	12 mai 2004	9
Association des infirmières et infirmiers du Canada, la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale et l'Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada	Nancy Panagabko, présidente, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale	31 mars 2004	5
	Annette Osten, membre du Conseil d'administration, Association des infirmières et infirmiers du Canada		
Association médicale canadienne	Dre Gail Beck, secrétaire générale adjointe intérimaire	31 mars 2004	5
	Dr Sunil Patel, président		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Association des psychiatres du Canada	Dr Blake Woodside, président du Conseil d'administration	31 mars 2004	5
Australie, Gouvernement d' <i>(par vidéoconférence)</i>	Dermot Casey, secrétaire adjoint, Direction des priorités sanitaires et de la prévention du suicide, ministère de la Santé et de la Vieillesse	20 avril 2004	6
	Jenny Hefford, secrétaire adjointe, Direction de la stratégie contre la drogue, ministère de la Santé et de la Vieillesse		
Bureau du Conseil Privé	Ron Wall, directeur des relations parlementaires, Planification de la législation et des travaux de la Chambre/avocat	1er avril 2004	5
	Ginette Bougie, directrice, Rémunération et classification		
Centre for Suicide Prevention	Diane Yackel, directrice exécutive	21 avril 2004	6
Centre de toxicomanie et de santé mentale	Christine Bois, gestionnaire des priorités provinciales en matière de troubles concourants	5 mai 2004	8
	Wayne Skinner, directeur clinique, Programme de troubles concourants		
	Brian Rush, chercheur, Politique de prévention sociale et de santé		
Chambre des communes	L'honorable Jacques Saada, C.P., député, leader du gouvernement à la Chambre des communes et ministre responsable de la Réforme démocratique	1er avril 2004	5

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Citoyenneté et de l'Immigration, Ministère de la	Patricia Birkett, directrice générale par intérim, Direction générale de l'intégration	22 avril 2004	6
Cognos	Marilyn Smith-grant, spécialiste en ressources humaines	1er avril 2004	5
	Sean Reid, gestionnaire principal, Communication corporatives		
Fédération canadienne des contribuables	Bruce Winchester, directeur de recherche	22 avril 2004	6
Fédération des programmes communautaires de la santé mentale et du traitement des toxicomanies de l'Ontario	David Kelly, directeur exécutif	5 mai 2004	8
Hôpital Douglas	Dr Gustavo Turecki, directeur, Groupe McGill d'études sur le suicide, Université McGill	21 avril 2004	6
Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies	Richard Brière, directeur adjoint	21 avril 2004	6
Justice, Ministère de la	Manon Lefebvre, conseillère juridique	22 avril 2004	6
Mercer consultation en ressources humaines	Bernard Potvin, conseiller principal	22 avril 2004	6
Native Mental Health Association of Canada	Brenda M. Restoule, psychologue et représentante du conseil de l'Ontario	13 mai 2004	9
Nouvelle -Zélande, Gouvernement de la (par vidéoconférence)	Janice Wilson, directrice générale adjointe, Direction générale de la santé mentale, ministère de la Santé	5 mai 2004	8

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Nouvelle –Zélande, Gouvernement de la <i>(par vidéoconférence)</i>	David Chaplow, directeur et conseiller principal en santé mentale	5 mai 2004	8
	Arawhetu Peretini, gestionnaire, Santé mentale des Maoris		
	Phillipa Gaines, gestionnaire, Développement des systèmes de santé mentale		
Ontario Hospital Association	Dr Paul Garfinkel, président, Groupe de travail sur la santé mentale	31 mars 2004	5
Ressources humaines et Développement des compétences Canada	Bill Cameron, directeur général, Secrétariat national pour les sans-abri	29 avril 2004	7
	Marie-Chantal Girard, gestionnaire de la recherche stratégique, Secrétariat national pour les sans-abri		
Royaume-Uni, Gouvernement du <i>(par vidéoconférence)</i>	Anne Richardson, chef de la Direction des politiques en santé mentale, ministère de la Santé	6 mai 2004	8
	Adrian Sieff, chef de la Direction de la législation en matière de santé mentale		
Santé, Ministère de la de la Nouvelle Écosse	Dr James Millar, directeur exécutif, Santé mentale et services aux médecins	28 avril 2004	7
Secrétariat du Conseil du Trésor	Joan Arnold, directrice, Élaboration de la législation, Division des pensions	1er avril 2004	5
Service correctionnel du Canada	Larry Motiuk, directeur général, Recherches	29 avril 2004	7
	Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Services de santé de la Colombie-Britannique, Ministère des	Irene Clarkson, directrice exécutive, Santé mentale et toxicomanie	28 avril 2004	7
Six Nations Mental Health Services	Dre Cornelia Wieman, psychiatre	13 mai 2004	9
Société canadienne de psychologie	John Service, directeur exécutif	31 mars 2004	5
Société canadienne de schizophrénie	John Gray, président élu	12 mai 2004	9
Société pour les troubles de l'humeur du Canada	Phil Upshall, président	12 mai 2004	9
Université McGill <i>(par vidéoconférence)</i>	Dr Laurence Kirmayer, directeur, Division de la psychiatrie sociale et transculturelle, Département de psychiatrie	13 mai 2004	9
Université Simon Fraser <i>(par vidéoconférence)</i>	Margaret Jackson, directrice, Institut d'études en politiques de justice pénale	29 avril 2004	7
U.S. Campaign for Mental Health Reform	William Emmet, coordonnateur	1er avril 2004	
U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health <i>(par vidéoconférence)</i>	Michael Hogan, président	1er avril 2004	5

ANNEXE C:

**LISTE DES INDIVIDUS QUI ONT RÉPONDU À UNE LETTRE DU
COMITÉ AU SUJET DES PRIORITÉS POUR LA RÉFORME DANS
LE SECTEUR DE LA MALADIE MENTALE**

GROUPE CANADIEN DE RECHERCHE

Action cancer Manitoba	Harvey Max Chochinov, MD, PhD, MCRMC, titulaire d'une chaire de recherche du Canada en soins palliatifs, directeur de la Manitoba Palliative Care Research Unit d'Action cancer Manitoba
Hôpital Douglas, Centre de recherche de l'	Ashok Mall, MD, MCRMC, titulaire d'une chaire de recherche du Canada pour l'étude des premiers stades de la psychose, professeur en psychiatrie à l'Université McGill
Université Carleton	Dr Hymie Anisman, titulaire d'une chaire de recherche du Canada en neuroscience, chercheur supérieur attaché à la Fondation ontarienne de santé mentale
Université de l'Alberta	Glen B. Baker, PhD, DSc, professeur et titulaire d'une chaire de recherche du Canada en neurochimie et en développement de médicaments
Université du Manitoba, Faculté de médecine de l'	Brian J. Cox, docteur en psychiatrie, titulaire d'une chaire de recherche du Canada sur les troubles de l'humeur et sur les troubles anxieux, professeur agrégé de psychiatrie
Université McGill	Eric Fombonne, MD, MCRMC (Psych.), titulaire d'une chaire de recherche du Canada en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, professeur de psychiatrie à l'Université McGill, directeur du Département de pédopsychiatrie de l'Hôpital pour enfants de Montréal

DOYEN D'UNIVERSITÉ

Centre universitaire de santé McGill	Joel Paris, MD, professeur titulaire et directeur du Département de psychiatrie
Hôpital général de Kingston	Samuel K. Ludwin, MBB, Ch., MCRMC, vice-président du développement à la recherche
Université de l'Alberta	Dr L. Beauchamp, doyen de la Faculté d'éducation
Université de l'Ouest de l'Ontario	Dr Carol P. Herbert, doyen de la Faculté de médecine et d'art dentaire
Université de Sherbrooke	Pierre Labossière, ing., PhD, vice-recteur adjoint à la recherche

GROUPE RELATIF À LA MALADIE

CRSNG	Thomas A. Brzustowski, président
La Fondation ontarienne de la santé mentale	Howard Cappell, PhD, c. psych., directeur exécutif
Société canadienne de schizophrénie	Fred Dawe, président

INDUSTRIE

Eli Lilly Canada Inc.	Terry McCool, vice-président des Affaires générales de la société
GlaxoSmith Kline	Geoffrey Mitchinson, vice-président des Affaires publiques
Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada	Murray J. Elston, président
Merck Frosst Canada Ltée	André Marcheterre, président
Roche Pharmaceutiques	Ronnie Miller, président-directeur général

GROUPE D'ÉTHIQUE EN SANTÉ MENTALE

Armée du Salut - Territoire du Canada et des Bermudes	Glen Shepherd, colonel et secrétaire en chef
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas de l'Université McGill	Maurice Dongier, professeur en psychiatrie
Centre de toxicomanie et de santé mentale	Paul E. Garfinkel, MD, FRCP, président-directeur général
Hôpital St-Paul	Mark Miller, éthicien
Office régional de la santé de Winnipeg	Linda Hughes, présidente du Comité d'éthique en santé mentale de l'ORSW
St-Joseph's Health Care Centre du Parkwood Hospital de London	Maggie Gibson, PhD, psychologue du Programme des soins aux anciens combattants
Université de l'Alberta	Genevieve Gray, doyenne et professeure de la Faculté en soins infirmiers
Université de l'Alberta, Faculté des sciences infirmières et Centre John Dossetor d'éthique en santé de l'	Wendy Austin, inf. aut., titulaire d'une chaire de recherche du Canada
Université de la Colombie-Britannique	Peter D. McLean, PhD, professeur et directeur de l'Unité des troubles anxieux
Université de l'Ouest de l'Ontario	Nancy Feduk, adjointe exécutive au doyen de la Faculté de médecine et d'art dentaire
Université Queen's	J. Arboleda-Florèz, professeur et chef du Département de psychiatrie
Université York	David Shugarman, directeur

PRÉSIDENT D'UNIVERSITÉ

Institut de recherches en santé mentale de l'Université d'Ottawa	Zul Merali, PhD, président-directeur général
Université de Lethbridge	Lynn Basford, doyenne de la Faculté en sciences de la santé
Université McGill	Heather Munroe-Blum, professeure d'épidémiologie et de biostatistiques

RESPONSABILITÉ GOUVERNEMENTALE

Association canadienne de la santé mentale	Bonnie Pape, directrice des programmes et de la recherche au Bureau national de l'Association canadienne de la santé mentale
Cabinet du vice-recteur à la recherche de l'Université d'Ottawa	Yvonne Lefebvre, PhD, vice-présidente associée à la recherche
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas	Rémi Quirion, directeur scientifiques de l'INSMT
Centre universitaire de santé McGill	Juan C. Negrete, MD, MCRMC, professeur de psychiatrie à l'Université McGill, président de la Section des toxicomanies, de l'Association des psychiatres du Canada
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées	David K. Conn, MB, MCRMC, coprésident de l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique, professeur agrégé du Département de psychiatrie de l'Université de Toronto, président de l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées	J. Kenneth Le Clair, MD, MCRMC, coprésident de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, professeur et directeur de l'Unité de gériatrie du Département de psychiatrie de l'Université Queen's, directeur clinique du Programme spécialisé de psychiatrie gériatrique
Développement des ressources humaines Canada	Deborah Tunis, directrice générale du Bureau de la condition des personnes handicapées

The Family Council : Empowering Families in Addictions and Mental Health	Betty Miller, coordonnatrice du Family Council
Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, affiliée au Centre de toxicomanie et de santé mentale	Bill Wilkerson, cofondateur et directeur général
Hôpital d'Ottawa	Paul Roy, MD, MCRMC, professeur adjoint en psychiatrie à l'Université d'Ottawa, directeur du programme « Premier épisode pour les maladies psychotiques » d'Ottawa
Hôpital royal d'Ottawa	J. Paul Fedoroff, MD, professeur agrégé de psychiatrie à l'Université d'Ottawa, directeur de recherche au Service médico-légal de l'Institut de recherche en santé mentale
Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas	Michel Perreault, PhD, chercheur à l'Hôpital Douglas
Instituts de recherche en santé du Canada	Dr. Jeff Reading, PhD, directeur scientifique de l'Institut de la santé des Autochtones
Ministère de la Santé et du Mieux-Être du Nouveau-Brunswick	Ken Ross, sous-ministre adjoint
ONSA : Organisation nationale de la santé autochtone	Judith G. Bartlett, MD, CMFC
Six Nations Mental Health Services	Cornelia Wieman, MD, MCRMC, psychiatre
Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre de l'Université de Toronto	N. Herrmann, médecin, MCRMC
Synchrude	Eric P. Newell, président-directeur général
Unité de l'évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires du Département de psychiatrie de l'Université de la Colombie-Britannique	Elliot Goldner, MD, MScS, MCRMC, chef de la Division de la politique et des services de santé mentale

Université Dalhousie, Département de psychologie de l'	Patrick J. McGrath, OC, PhD, MSRC, titulaire de la chaire Killam de psychologie, professeur de pédiatrie et de psychiatrie, titulaire d'une chaire de recherche du Canada, psychologue au IWK Hospital
Université Dalhousie, Faculté de médecine de l'	David Zitner, PhD, directeur en informatique médicale
Université d'Ottawa, École de psychologie de l'	John Hunsley, PhD, c. psych., professeur en psychologie
Université d'Ottawa, Faculté de médecine de	Jacques Bradwejn, MD MCRMC, DABPN, président du Département de psychiatrie
Université McMaster	Docteur Richard P. Swinson, MD, MCRMC, titulaire de la chaire Morgan Firestone de psychiatrie et de neurosciences du comportement à l'Université McMaster, chef du Département de psychiatrie du St. Joseph's Healthcare Centre



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5



Available from:
PWGSC – Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Also available on the Internet: <http://www.parl.gc.ca>

Disponible auprès des:
TPGSC – Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Aussi disponible sur internet: <http://www.parl.gc.ca>



First Session
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, December 1, 2004 (in camera)
Wednesday, February 2, 2005 (in camera)
Tuesday, February 15, 2005

Issue No. 5

Second, third, fourth and fifth meetings on:
Mental health and mental illness

INCLUDING:
THE SIXTH REPORT OF THE COMMITTEE
(Budget of the Committee)

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
trente-huitième législature, 2004-2005

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président :
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 1^{er} décembre 2004 (à huis clos)
Le mercredi 2 février 2005 (à huis clos)
Le mardi 15 février 2005

Fascicule n° 5

**Deuxième, troisième, quatrième et cinquième réunions
concernant :**

La santé mentale et la maladie mentale

Y COMPRIS :
LE SIXIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(Budget du comité)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C.	Gill
(or Rompkey, P.C.)	Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(or Stratton)
Cordy	Pépin
Fairbairn, P.C.	Trenholme Counsell

*Ex officio members

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to the rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The Honourable Senator Morin retired from the Senate (November 28, 2004).

The name of the Honourable Senator Trenholme Counsell was added to the list of members (November 29, 2004).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT
DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA
TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Michael Kirby

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P.	Gill
(ou Rompkey, C.P.)	Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(ou Stratton)
Cordy	Pépin
Fairbairn, C.P.	Trenholme Counsell

* Membres d'office

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité :

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

L'honorable sénateur Morin retraité du Sénat (28 novembre 2004).

Le nom de l'honorable sénateur Trenholme Counsell est ajouté à la liste des membres (29 novembre 2004).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, December 1, 2004
(6)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met in camera at 4:10 p.m. this day, in room 705, Victoria Building, the Honourable Michael Kirby presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Gill, Keon, Kirby and Pépin (7).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

Pursuant to rule 92(2)(e) the committee met in camera to discuss a draft agenda.

At 4:42 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, February 2, 2005
(7)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met in camera at 3:55 p.m. this day, in room 356-S, Centre Block, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Gill, Keon, Kirby, LeBreton and Pépin (8).

It was agreed that staff be permitted to stay.

Pursuant to rules 92(2)(e) and (f) the committee met in camera to discuss a draft report and draft agenda.

It was agreed that the following budget application for the committee's special study on mental health be approved for submission to the committee on Internal Economy, Budgets and Administration:

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 1^{er} décembre 2004
(6)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit à huis clos à 16 h 10 dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Gill, Keon, Kirby et Pépin (7).

Sont présents : Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos, analyste de recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit l'examen de l'état du système de santé au Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*Voir le texte complet de l'ordre de renvoi dans le fascicule n° 1 des délibérations du comité du mercredi 20 octobre 2004.*)

Conformément à l'alinéa 92(2)e) du Règlement, le comité se réunit à huis clos pour discuter d'un projet de programme.

À 16 h 42, il est convenu que la séance est ajournée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 2 février 2005
(7)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit à huis clos à 15 h 55 dans la salle 356-S, de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Gill, Keon, Kirby, LeBreton et Pépin (8).

Il est convenu que le personnel est autorisé à rester.

Conformément aux alinéas 92(2)e) et f) du Règlement, le comité se réunit à huis clos pour discuter d'une ébauche de rapport et d'un projet de programme.

Il est convenu que la demande de budget suivante, pour l'étude spéciale du comité sur la santé mentale, est approuvée aux fins de soumission au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration :

Summary of Expenditures

Professional and Other Services	\$188,800
Transportation and Communication.	\$689,160
All Other Expenditures	\$ 36,500
Total:	\$914,460

At 5 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

Sommaire des dépenses

Services professionnels et autres	188 800 \$
Transports et communication	689 160 \$
Autres dépenses	36 500 \$
Total :	914 460 \$

À 17 heures, il est convenu que le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

TORONTO, Tuesday, February 15, 2005
(8)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9 a.m., this day, in the Vanity Fair Room, at the Royal Meridien King Edward Hotel in Toronto, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cochrane, Cook, Cordy, Keon, Kirby, Pépin and Trenholme Counsell (7).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division, Nicole Pogue, Intern.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (*See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.*)

WITNESSES:

Centre for Addiction and Mental Health:

Diana Capponi.

As individuals:

Pat Capponi;

Darrell C. Powell.

Consumer/Survivor Information Resource Centre:

Helen Hook, Coordinator.

Panel: As individuals:

Norrah Whitney;

Carolyn Mayeur.

Centre for Addiction and Mental Health:

Betty Miller, Coordinator of the Family Council.

Diana Capponi, Pat Capponi, Darrell C. Powell and Helen Hook each made a statement. Together the witnesses answered questions.

TORONTO, le mardi 15 février 2005
(8)

[Traduction]

Le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures dans le salon Vanity Fair de l'Hôtel Royal Meridien King Edward de Toronto, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (président).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Cochrane, Cook, Cordy, Keon, Kirby, Pépin et Trenholme Counsell (7).

Sont présents : Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement, Howard Chodos, analyste de recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Sont également présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit l'examen de l'état du système de santé du Canada, particulièrement des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 des délibérations du comité du mercredi 20 octobre 2004.*)

TÉMOINS :

Du Centre de toxicomanie et de santé mentale :

Diana Capponi.

À titre personnel :

Pat Capponi;

Darrell C. Powell.

Consumer/Survivor Information Resource Centre :

Helen Hook, coordonnatrice.

Table ronde: À titre personnel :

Norrah Whitney;

Carolyn Mayeur.

Centre de toxicomanie et de santé mentale :

Betty Miller, coordonnatrice du Conseil pour la famille.

Diana Capponi, Pat Capponi, Darrell C. Powell et Helen Hook font chacun une déclaration. Ensemble, les témoins répondent aux questions.

At 9:35 a.m., the committee suspended its sitting.

At 9:50 a.m., the committee resumed its sitting.

Norrah Whitney, Carolyn Mayeur and Betty Miller each made a presentation. Together the witnesses answered questions.

At 12:35 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

TORONTO, Tuesday, February 15, 2005
(9)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 1:20 p.m., this day, in the Vanity Fair Room, at the Royal Meridien King Edward Hotel in Toronto, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cochrane, Cook, Cordy, Keon, Kirby, Pépin and Trenholme Counsell (7).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division, Nicole Pogue, Intern.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See *Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.*)

WITNESSES:

Ontario Ministry of Health and Long-Term Care:

Carrie Hayward, Acting Director, Mental Health and Addiction Branch;

Doug Dixon, Senior Program Analyst, Mental Health and Addiction Branch.

Ontario Council of Alternative Businesses:

Becky McFarlane, Partnership Coordinator.

Empowerment Council:

Jennifer Chambers, Coordinator.

The Dream Team:

Phillip Dufresne, Member;

Linda Chamberlain, Member;

Mark Shapiro, Member.

À 9 h 35, la séance est suspendue.

À 9 h 50, la séance reprend.

Norrah Whitney, Carolyn Mayeur et Betty Miller font chacune une présentation. Ensemble, les témoins répondent aux questions.

À 12 h 35, il est convenu que le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

TORONTO, le mardi 15 février 2005
(9)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 13 h 20 dans le salon Vanity Fair de l'hôtel Royal Meridien King Edward de Toronto, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (président).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Cochrane, Cook, Cordy, Keon, Kirby, Pépin et Trenholme Counsell (7).

Sont présents : Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Sont également présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit l'examen de l'état du système de santé du Canada, particulièrement des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 des délibérations du comité du mercredi 20 octobre 2004.*)

TÉMOINS :

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario :

Carrie Hayward, directrice intérimaire, Direction de la santé mentale et des dépendances;

Doug Dixon, conseiller principal de programme, Direction de la santé mentale et des dépendances.

Ontario Council of Alternative Businesses :

Becky McFarlane, coordonnatrice des partenariats.

Conseil d'habilitation :

Jennifer Chambers, coordonnatrice.

Le Dream Team :

Phillip Dufresne, membre;

Linda Chamberlain, membre;

Mark Shapiro, membre.

The Gerstein Centre:

Dr. Reva Gerstein, Founding Chair;
Paul Quinn, Director.

As an individual:

David Reville.

The Heart Committee:

Douglas Millstone, Family Law Lawyer;
Patricia Commins, Retired Teacher;
Michael Flaxman, Volunteer.

As individuals:

Neil McQuaid;
Allan Strong;
Adrienne Magennis;
Richard Casey;
Graham Crushing;
Richard Smith;
Roslyn Durdy.

Carrie Hayward made a statement, and together with other officials, answered questions.

At 2:35 p.m., the committee suspended its sitting.

At 2:40 p.m., the committee resumed its sitting.

Philip Dufresne, Mark Shapiro, Linda Chamberlain, Becky McFarlane and Jennifer Chambers each made a statement and together the witnesses answered questions.

At 3:46 p.m., the committee suspended its sitting.

At 4 p.m., the committee resumed its sitting.

Dr. Reva Gerstein, Paul Quinn, David Reville, Douglas Millstone, Patricia Commins and Michael Flaxman each made a statement and together the witnesses answered questions.

At 5:30 p.m., the committee heard from walk-ons:

Neil McQuaid, Allan Strong, Adrienne Magennis, Richard Casey, Graham Crushing, Richard Smith, Roslyn Durdy each made a statement.

At 6 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

Le Centre Gerstein :

Mme Reva Gerstein, présidente fondatrice;
Paul Quinn, directeur.

À titre personnel :

David Reville.

The Heart Committee :

Douglas Millstone, avocat, Droit de la famille;
Patricia Commins, enseignante à la retraite;
Michael Flaxman, bénévole.

À titre personnel :

Neil McQuaid;
Allan Strong;
Adrienne Magennis;
Richard Casey;
Graham Crushing;
Richard Smith;
Roslyn Durdy.

Carrie Hayward fait une déclaration et, avec les autres fonctionnaires, répond aux questions.

À 14 h 35, la séance est suspendue.

À 14 h 40, la séance reprend.

Phillip Dufresne, Mark Shapiro, Linda Chamberlain, Becky McFarlane et Jennifer Chambers font chacun une déclaration et, avec les témoins, répondent aux questions.

À 15 h 46, la séance est suspendue.

À 16 heures, la séance reprend.

La Dre Reva Gerstein, Paul Quinn, David Reville, Douglas Millstone, Patricia Commins et Michael Flaxman font chacun une déclaration et, avec les témoins, répondent aux questions.

À 17 h 30, il y a tribune ouverte :

Neil McQuaid, Allan Strong, Adrienne Magennis, Richard Casey, Graham Crushing, Richard Smith, Roslyn Durdy font chacun une déclaration.

À 18 heures, il est convenu que le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Tuesday, December 14, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

SIXTH REPORT

Your Committee, which was authorized by the Senate on Thursday, October 7, 2004 to examine and report on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002 and in particular was authorized to examine issues concerning mental health and mental illness, respectfully requests that it be empowered to adjourn from place to place within Canada and to engage the services of such counsel, technical, clerical and other personnel as may be necessary for the purpose of such study.

Pursuant to Chapter 3:06, section 2(1)(c) of the Senate Administrative Rules, the budget submitted to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration and the report thereon of that Committee are appended to this report.

Respectfully submitted,

*Le vice-président***WILBERT JOSEPH KEON***Deputy Chair***RAPPORT DU COMITÉ**

Le mardi 14 décembre 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

SIXIÈME RAPPORT

Votre Comité, autorisé par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004 à examiner, pour en faire rapport, les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système des soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents et, en particulier, le Comité a été autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale. Votre comité demande respectueusement à pouvoir se déplacer à travers le Canada ainsi qu'à retenir les services de conseiller juridique, de conseillers techniques et de tout autre personnel jugé nécessaire aux fins de ces travaux.

Conformément au Chapitre 3:06, section 2(1)(c) du Règlement administratif du Sénat, le budget présenté au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration ainsi que le rapport s'y rapportant, sont annexés au présent rapport.

Respectueusement soumis,

APPENDIX A**STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY****SPECIAL STUDY ON MENTAL HEALTH****APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION
FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2005**

Extract from the *Journals of the Senate* of Thursday, October 7, 2004:

The Honourable Senator Kirby moved, seconded by the Honourable Senator Losier-Cool:

THAT the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the Committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness;

THAT the papers and evidence received and taken by the Committee on the study of mental health and mental illness in Canada in the Thirty-seventh Parliament be referred to the Committee, and

THAT the Committee submit its final report no later than December 16, 2005 and that the Committee retain all powers necessary to publicize the findings of the Committee until March 31, 2006.

The question being put on the motion, it was adopted.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

ANNEXE A**COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT
DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE****ÉTUDE SPÉCIALE SUR LA SANTÉ MENTALE****DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET
POUR L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT
LE 31 MARS 2005**

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 7 octobre 2004:

L'honorable sénateur Kirby propose, appuyé par l'honorable sénateur Losier-Cool:

QUE le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner, pour en faire rapport, les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le Comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale;

QUE les mémoires reçus et les témoignages entendus sur l'étude de la santé mentale et des maladies mentales par le Comité durant la trente-septième législature soient déferés au Comité;

QUE le Comité présente son rapport final au plus tard le 16 décembre 2005 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions jusqu'au 31 mars 2006.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

SUMMARY OF EXPENDITURES

Professional and Other Services	\$ 53,000
Transportation and Communications	96,800
All Other Expenditures	<u>13,950</u>
TOTAL	\$ 163,750

The above budget was approved by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology on Thursday, October 14, 2004.

The undersigned or an alternate will be in attendance on the date that this budget is considered.

Date	_____ Michael J.L. Kirby Chair, Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology
------	--

Date	_____ George Furey Chair, Standing Committee on Internal Economy, Budgets, and Administration
------	--

SOMMAIRE DES DÉPENSES

Services professionnels et autres	53 000 \$
Transports et communications	96 800
Autres dépenses	<u>13 950</u>
TOTAL	163 750 \$

Le budget ci-dessus a été approuvé par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le jeudi 14 octobre 2004.

Le soussigné ou son remplaçant assistera à la séance au cours de laquelle le présent budget sera étudié.

Date	_____ Michael J.L. Kirby Président, Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie
------	--

Date	_____ George Furey Président, Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration
------	---

STANDING COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY
SPECIAL STUDY ON MENTAL HEALTH
EXPLANATION OF BUDGET ITEMS
APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION
FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2005

PROFESSIONAL AND OTHER SERVICES

1. Professional Services (0401)		
Communications consultant (3 days at \$700)	\$ 2,100	
2. Meals (0415)		
Working meals (30 lunches and dinners at \$300 each)	9,000	
Working meals and beverages for public hearings (Toronto and Montreal)	8,000	
3. Hospitality (0410)	2,000	
4. Membership and Registration fees (0406)		
Conferences	1,000	
5. Reporting and Transcribing Services (0403)		
(for public hearings in Toronto and Montreal)		
Toronto:		
(a) 3 days of testimony at \$2,150/day (transcript production)	6,450	
(b) English freelance reporter — Attendance fee: \$ 400/day x 3 days	1,200	
Montreal:		
(c) 3 days of testimony at \$2,150/day (transcript production)	6,450	
(d) French freelance reporter — Attendance fee: \$ 400/day x 3 days	1,200	
6. Translation and Interpretation Services (0412)		
(for public hearing in Toronto and Montreal)		
(a) Interpretation equipment at 2,600/day — 3 days in Toronto	7,800	
(b) Interpretation equipment at 2,600/day — 3 days in Montreal	<u>7,800</u>	
Total — Professional and Other Services		\$ 53,000

TRANSPORTATION AND COMMUNICATIONS

1. Travel expenses (0201)		
A. Travel for Public Hearings in Toronto (week of February 14, 2005)		
20 participants (12 Senators, 2 Research Analysts, 1 Clerk, 1 Administrative Assistant, 1 French Stenographer, 3 Interpreters)		
Rail transportation (staff):		
8 x \$ 400	\$ 3,200	
Ground Transportation:		
4 taxis x \$25 x 20 participants	2,000	
Hotel accommodations:		
4 nights at \$200/night x 20 participants	16,000	
Per diem and incidentals:		
5 days at \$73.10/day x 20 participants	<u>7,300</u>	
Subtotal - Toronto		\$ 28,500

B. Travel for Public Hearings in Montreal (week of March 14, 2005)

20 participants (12 Senators, 2 Research Analysts, 1 Clerk,
1 Administrative Assistant, 1 English Stenographer, 3 Interpreters)

Rail transportation (staff):

8 x \$ 250 \$ 2,000

Ground Transportation:

4 taxis x \$25 x 20 participants 2,000

Hotel accommodations:

4 nights at \$200/night x 20 participants 16,000

Per diem and incidentals:

5 days at \$73.10/day x 20 participants 7,300

Subtotal - Montreal**\$ 27,300****C. Conference participation and public engagement to promote the report (national or international)**

Hotel, transportation and per diem — 12 Senators x \$ 3,000 **\$ 36,000**

2. Contingencies**\$ 5,000****Total — Transportation and Communications****\$ 96,800****ALL OTHER EXPENDITURES**

1. Miscellaneous expenses (0799) \$ 1,000

2. Courier Services (0213) 200

3. Purchase of books and periodicals (0702) 500

4. Rentals (0500)**Meeting room rentals:**

Toronto: set-up (\$ 500) + 3 days of hearings at \$ 2,150/day 6,950

Montreal: set-up (\$ 500) + 3 days of hearings at \$ 1,600/day 5,300

Total - All Other Expenditures**\$ 13,950****GRAND TOTAL****\$ 163,750**

The Senate administration has reviewed this budget application.

Heather Lank, Principal Clerk, Committees Directorate

Date

Hélène Lavoie, Director of Finance

Date

**COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT
DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE
ÉTUDE SPÉCIALE SUR LA SANTÉ MENTALE
EXPLICATION DES ITEMS BUDGÉTAIRES
DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET
POUR L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT LE 31 MARS 2005**

SERVICES PROFESSIONNELS ET AUTRES

1. Services professionnels (0401)		
Consultant en communications (3 jours à 700 \$)	2 100 \$	
2. Repas (0415)		
Repas de travail (30 dîners et soupers à 300 \$ chacun)	9 000	
Repas de travail et rafraîchissements pour les audiences publiques (Toronto et Montréal)	8 000	
3. Hospitalité (0410)	2 000	
4. Frais d'inscription (0406)		
Conférences	1 000	
5. Service de compte rendu et de transcription (0403) (pour audiences publiques à Toronto et Montréal))		
Toronto:		
(a) 3 jours d'audiences à 2 150 \$/jour (production des transcriptions))	6 450	
(b) sténographe pigiste anglais — frais de presences: 400 \$/jour x 3 jours	1 200	
Montréal:		
(c) 3 jours d'audiences à 2 150 \$/jour (production des transcriptions)	6 450	
(d) sténographe pigiste français — frais de presence: 400 \$/jour x 3 jours	1 200	
6. Services de traduction et d'interprétation (0412) (pour audiences publiques à Toronto et Montréal)		
(a) équipement d'Interprétation à 2 600 \$/jour — 3 jours à Toronto	7 800	
(b) équipement d'Interprétation à 2 600 \$/jour — 3 jours à Montréal	7 800	
Total — Services professionnels et autres		53 000 \$

TRANSPORTS ET COMMUNICATIONS

1. Frais de déplacement (0201)		
A. Frais de déplacement pour audiences publiques à Toronto (semaine du 14 février 2005)		
20 participants (12 sénateurs, 2 analystes, 1 greffier, 1 adjointe administrative, 1 sténographe français, 3 interprètes)		
Trasnpport par train (employés):		
8 x 400 \$	3 200 \$	
Transport au sol::		
4 taxis x 25 \$ x 20 participants	2 000	
Hébergement à l'hôtel:		
4 nuits à 200 \$/nuît x 20 participants	16 000	
Per diem et imprévus:		
5 jours à 73,10 \$/jour x 20 participants	7 300	
Subtotal - Toronto		28 500 \$

B. Frais de déplacements pour audiences publiques à Montréal

(semaine du 14 mars 2005)

20 participants (12 sénateurs, 2 analystes, 1 greffier,
1 adjointe administrative, 1 sténographe anglais, 3 interprètes)

Transport par train (employés):

8 x 250 \$ 2 000 \$

Transport au sol:

4 taxis x 25 \$ x 20 participants 2 000

Hébergement à l'hôtel:

4 nuits à 200 \$/nuit x 20 participants 16 000

Per diem et imprévus:

5 jours à 73,10 \$/jour x 20 participants 7 300

Subtotal - Montréal 27 300 \$

C. Participations à des conférences et des engagements publics pour promouvoir le rapport (au niveau national ou international)

Hôtel, transport et per diem — 12 sénateurs x 3 000 \$ 36 000 \$

2. Imprévus 5 000 \$

Total — Transport et communications 96 800 \$

AUTRES DÉPENSES

1. Dépenses diverses (0799) 1 000

2. Services de messagerie (0213) 200

3. Achat de livres et périodiques (0702) 500

4. Location (0500)

Location de salles de réunion:

Toronto: installations (500 \$) + 3 jours d'audiences publiques à 2 150 \$/jour 6 950

Montréal: installations (500 \$) + 3 jours d'audiences publiques à 1 600 \$/jour 5 300

Total — Autres dépenses 13 950 \$

GRAND TOTAL 163 750 \$

L'administration du Sénat a examiné la présente demande d'autorisation budgétaire.

Heather Lank, greffière principale, Direction des Comités

Date

Hélène Lavoie, directrice des Finances

Date

APPENDIX (B) TO THE REPORT

Tuesday, December 14, 2004

The Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration has examined the budget presented to it by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology for the proposed expenditures of the said Committee for the fiscal year ending March 31, 2005 for the purpose of its Special Study on mental health, as authorized by the Senate on Thursday, October 7, 2004. The said budget is as follows:

Professional and Other Services	\$ 48,500
Transportation and Communications	69,500
Other Expenditures	<u>13 950</u>
Total	\$ 132,000

(includes funds for conference attendance and public hearings)

Respectfully submitted,

Le président,

GEORGE FUREY

Chair

ANNEXE (B) AU RAPPORT

Le mardi 14 décembre 2004

Le Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration a examiné le budget qui lui a été présenté par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, sciences et technologie concernant les dépenses projetées dudit Comité pour l'exercice se terminant le 31 mars 2005 aux fins de leur Étude spéciale sur la santé mentale, tel qu'autorisé par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004. Ledit budget se lit comme suit:

Services professionnels et autres	48 500 \$
Transports et communications	69 500
Autres dépenses	<u>13 950</u>
Total	132 000 \$

(y compris des fonds pour participer à des conférences et à des audiences publiques)

Respectueusement soumis,

EVIDENCE

TORONTO, Tuesday, February 15, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: First, let me say welcome to everybody as we begin the first day of our series of public hearings across the country that will see us visiting every province and territory between now and the end of June. We are beginning here in Toronto, followed by Montreal, and then branching out to the East and the West.

May I say to the people who are here, and also because I know there are some media here, that as a committee we have been very pleased with the interest that has been shown in the reports that we put out last November, and particularly pleased with the response that we have had from survivors, consumers and their families.

As some of you may know, when we tabled the reports last November, we put on our website a short questionnaire, seven questions, to try to give consumers and their families an opportunity to tell us about their real-life experiences, recognizing that that is very difficult to do in a public forum, and that from the point of view of those of us around the table, it is the human face of mental illness and addiction issues that has really driven us to undertake this work.

As I think some of you know, because I have said it in speeches repeatedly, many of us on the committee have had a member of our reasonably immediate family suffer from mental illness, and so we have had some firsthand experience with how poor the system is, frankly, and, indeed, one of the dangers in health care. When we read stories of first ministers' meetings and talk of billions of dollars and so on, it has always struck us that none of the media coverage, none of the statements by political leaders, or very few of them, at least, makes any reference to patients. They make no real reference to the human impact of the health care system.

The reason we began the report that we issued last November with a Part I called "The Human Face of Mental Illness" was to try to drive home to people who might read that report that we are not just talking about dollars, organizations, structures and so on. We are talking about real services for real people, and it is for that reason that our first panel this morning on the first day of our cross-country hearings is really designed to be focused on the issue of people who have suffered from mental illness, their families, and so on.

TÉMOIGNAGES

TORONTO, le mardi 15 février 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures en vue de se pencher sous les enjeux touchant la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Tout d'abord, je tiens à souhaiter la bienvenue à tout le monde, à l'occasion de cette première journée de la série d'audiences publiques que nous tiendrons dans chaque province et territoire d'ici la fin du mois de juin. Nous commençons ici, à Toronto, nous irons ensuite à Montréal, et nous irons vers l'Est et vers l'Ouest par la suite.

J'aimerais dire aux gens qui sont ici — ainsi qu'aux gens des médias, car je sais qu'il y en a —, que notre comité se réjouit de l'intérêt suscité par les rapports que nous avons déposés en novembre dernier, et nous sommes particulièrement heureux de la participation des survivants, des consommateurs et de leur famille.

Comme vous le savez peut-être, au moment du dépôt des rapports, en novembre dernier, nous avons versé sur notre site Web un bref questionnaire, sept questions, pour tenter de donner aux consommateurs et à leur famille l'occasion de nous raconter leurs expériences de vie, car nous étions conscients du fait que cela est très difficile à faire sur une tribune publique. Et c'est le visage humain de la maladie mentale et de la toxicomanie qui nous a vraiment poussés à entreprendre ces travaux.

Comme certains d'entre vous le savent sûrement, car j'ai souvent souligné ce fait dans des discours, de nombreux membres du comité ont été confrontés à la souffrance d'un membre de leur famille immédiate aux prises avec un problème de santé mentale, de sorte que nous avons pu nous rendre compte de visu à quel point le système est, franchement, médiocre, et, en réalité, l'un des dangers dans le domaine des soins de santé. Lorsque nous lisons des comptes rendus sur les rencontres des premiers ministres et qu'on parle des milliards de dollars en jeu, et ainsi de suite, nous sommes toujours frappés par le fait que ni la couverture médiatique ni les déclarations des dirigeants politiques — ou, du moins, une très petite part — ne mentionnent les patients. On ne fait aucune mention de l'impact humain du système de soins de santé.

La raison pour laquelle le rapport que nous avons déposé en novembre dernier s'assortissait d'une partie I intitulée « Le visage humain de la maladie mentale » était bien simple : nous tentions de faire comprendre aux gens qui liraient ce rapport qu'il ne s'agit pas uniquement de dollars, d'organisations, de structures et d'autres choses du genre. Nous parlons de services réels pour des personnes réelles, et c'est pour cette raison que notre premier groupe de témoins ce matin, en ce premier jour d'audiences pancanadiennes, met l'accent sur les gens qui ont été victimes de maladie mentale, ainsi que sur leur famille et d'autres membres de leur entourage.

I look forward in our two sessions this morning to hearing personal stories from people who have been kind enough to agree to come forward and talk to us because I think it is critical that the committee not lose sight of the fact that this is very much a human story and a human tragedy, and one which we intend to try to make better.

Just to put the situation in perspective — I will get this duplicated after — last Saturday, there was a cartoon in the *Halifax Chronicle Herald* that I think all of you who have had experience with the mental health system would absolutely understand. The cartoon shows a little desk with a doctor and a nurse and a sign saying “Mental Health Services,” and all the people lining up for service are on the other side of a chasm that looks about as wide as the Grand Canyon; and in the caption the nurse is saying to the doctor, “Well, of course, there is a danger that people could fall through the cracks.” I think that that puts the nature of the current system very much in perspective.

In our opening session this morning, we have Pat Capponi, Darrell Powell, Diana Capponi, and Helen Hook, who is the Coordinator of the Consumer/Survivor Information Resource Centre here in Toronto. I will ask each of them, beginning with Ms. Diana Capponi, to make a brief statement and then we would like to ask you questions.

May I say to all four of you, thank you very much for coming. By the way, just for the record and my colleagues, we have had over 500 responses to our questionnaire when most of us guessed we would not get 100. We just did not think it would work. They are some of the most emotional reading material that I have ever seen, and it will be an enormous benefit for us to be able to include excerpts in our final report. I want to publicly thank everybody who has taken the time to reply to our questionnaire.

Diana Capponi, the one thing I would ask you to do when you speak is to push the button so that a red light appears on your microphone. Thanks.

Ms. Diana Capponi, as an individual: Thank you for the opportunity to provide pertinent and relevant information regarding people with mental health and/or addition issues, and their economic and employment dilemmas. I, of course, will be responding as well to your draft report No. 3.

I am not surprised to note that the chapter on employment was one of the smallest in the report. This is not unusual, given that the notion of our community having full access to education, employment and economic opportunities is a relatively new one. Until about 10 years ago, we were told to be content with a disability cheque, our medication cards, of course, and, usually, a substandard type of housing that would not be acceptable to most Canadians. We had learned to be grateful for the often decrepit living situations our so-called support people found for us.

Je me réjouis du fait que, au cours des deux séances de ce matin, nous accueillerons des personnes qui ont eu la générosité d'accepter de prendre la parole et de relater leurs histoires personnelles, car je crois qu'il est essentiel que le comité ne perde pas de vue qu'il s'agit d'une histoire humaine, d'un drame humain, et nous comptons bien améliorer les choses.

Histoire de mettre la situation en contexte — je ferai photocopier ceci plus tard — samedi dernier, on a publié dans le *Chronicle Herald* de Halifax un dessin qui, je crois, interpellera toute personne ayant fait l'expérience du système de soins de santé mentale. Le dessin montre un petit bureau avec un médecin et une infirmière et une pancarte « Services de santé mentale », et toutes les personnes en attente de services sont de l'autre côté d'un abîme aussi large que le Grand Canyon; et l'infirmière dit au docteur : « Bien sûr, le système présente certaines failles. » Je crois que cela décrit très bien le système actuel.

Dans notre séance d'ouverture de ce matin, nous accueillons Pat Capponi, Darrell Powell, Diana Capponi et Helen Hook, qui est coordonnatrice du Consumer/Survivor Information Resource Centre, ici même à Toronto. Je les invite donc, à commencer par Mme Diana Capponi, à formuler une brève déclaration, et, par la suite, nous aimerions vous poser des questions.

Je tiens à vous remercier tous les quatre d'être venus ce matin. En passant, j'aimerais signaler officiellement à mes collègues que plus de 500 personnes ont répondu à notre questionnaire, alors que la plupart d'entre nous en attendaient moins de 100. Nous ne pensions tout simplement pas que cela fonctionnerait. Ces témoignages comptent parmi les choses les plus touchantes que j'aie jamais vues, et ils nous seront énormément utiles, car nous pourrions assortir notre rapport final d'extraits de témoignages. Je veux remercier publiquement toutes les personnes qui ont pris le temps de remplir notre questionnaire.

Diana Capponi, je vous demanderais seulement, avant que vous preniez la parole, d'appuyer sur le bouton afin qu'un voyant rouge s'allume sur votre micro. Merci.

Mme Diana Capponi, à titre personnel : Je vous remercie de me donner l'occasion de fournir des renseignements pertinents sur les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, et les dilemmes économiques et professionnels connexes. Bien sûr, je compte également réagir à votre troisième rapport préliminaire.

Je ne suis pas étonnée de constater que le chapitre du rapport qui porte sur l'emploi compte parmi les plus courts. Cela n'est pas inhabituel, puisque la notion d'accès de notre collectivité à l'éducation, à l'emploi et aux débouchés économiques est relativement nouvelle. Jusqu'à il y a une dizaine d'années, environ, on nous disait de nous compter chanceux de toucher un chèque de prestations d'invalidité, d'avoir une carte de médicaments, bien sûr, et, généralement, de vivre dans un logement insalubre que la plupart des Canadiens considéreraient comme inacceptable. Nous avons appris à être reconnaissants au prétendu personnel de soutien pour les conditions de logement souvent médiocres qu'il nous procurait.

Full citizenship rights are enshrined in our nation's Charter of Rights and Freedoms. However, many of those rights that others take for granted are not afforded to us. To begin, I will explain my role here in Ontario as it relates to the economic and employment situation of people who have been in our mental health and addiction system.

I left the mental health and addiction system 24 years ago, after receiving services for the first 28 years of my life for both mental health and addiction issues. I have not re-entered the system as a client since that time, as after many years in and out of the system, I finally learned it was up to me to create change. To be dependent on others, to accept their limited views of my potential, did more damage than good.

The Chairman: Can you speak a little more slowly? The translator is having trouble. Thanks.

Ms. Diana Capponi: Okay. To be dependent on others, to accept their limited views of my potential, did more damage than good. Luckily for me, I was the type of person that would not take no for an answer. Since I came to this conclusion, it became clear to me that my role was to begin to create some hope and change for individuals who had developed a poverty of soul, one that only exists for my community; no hope for the future, surrounded by those who constantly refer to you as damaged goods, as a psychiatric label, as someone to be tolerated rather than welcomed.

Your report has a chapter on discrimination. Discrimination is rampant in this country. It is shameful that little federal government action on the issue of discrimination in mental health-related issues has taken place. I feel strongly that full integration of people with mental health and addiction issues will go a long way toward changing attitudes and beliefs.

Full integration, of course, includes gainful employment. The small shift over the past 10 years I would attribute to the work of those individuals with mental health histories involved in the formation of self-help groups and, in particular, those who have developed and operated alternative businesses.

Alternative businesses are managed and controlled entirely by people with mental health and addiction histories. For some strange reason, they exist only here in Ontario. Some of you may be familiar with A-WAY Express Courier or the Raging Spoon restaurant. These businesses date back about 25 years, and differ from the traditional approach of sheltered workshops or affirmative businesses, those that are owned and operated by non-profits. Although these businesses were described as a "most effective practice" by your government's "In Unison" report in 2001, it would appear you have little information about them.

Notre Charte des droits et libertés confère une gamme complète de droits aux citoyens canadiens. Toutefois, on nous refuse un grand nombre de ces droits, que les autres tiennent pour acquis. Pour commencer, j'expliquerai le rôle que je joue ici en Ontario à l'égard de la situation économique et professionnelle des gens qui ont bénéficié de notre système de soins en santé mentale et en toxicomanie.

J'ai quitté le système il y a 24 ans, après avoir bénéficié de services liés à des problèmes de santé mentale et de toxicomanie au cours des 28 premières années de ma vie. Je n'ai pas réintégré le système à titre de cliente depuis cette époque, car, après toutes ces années passées à l'intérieur et à l'extérieur du système, j'ai enfin compris que je ne peux compter que sur moi-même pour apporter du changement. Le fait de dépendre des autres, d'accepter leurs idées arrêtées concernant mon potentiel, m'a fait plus de mal que de bien.

Le président : Pourriez-vous parler un peu plus lentement? Le traducteur éprouve de la difficulté à vous suivre. Merci.

Mme Diana Capponi : D'accord. Le fait de dépendre des autres, d'accepter leurs idées arrêtées concernant mon potentiel, m'a fait plus de mal que de bien. Heureusement pour moi, je suis le genre de personne qui ne renonce pas facilement. Depuis que j'en suis venue à cette conclusion, j'ai acquis la conviction que mon rôle est de commencer à fournir de l'espoir et du changement aux personnes en proie à une pauvreté de l'âme, propre aux membres de ma collectivité — aucun espoir pour l'avenir, entourés de personnes qui nous qualifient constamment de « brisés », qui nous taxent de « psychiatrisés », qui nous tolèrent au lieu de nous accueillir.

Votre rapport s'assortit d'un chapitre sur la discrimination. La discrimination est omniprésente dans notre pays. Que le gouvernement fédéral prenne si peu de mesures pour lutter contre la discrimination liée à la santé mentale est scandaleux. Je crois fermement que l'intégration complète des gens aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie contribuera largement à l'évolution des attitudes et des croyances.

La pleine intégration commence, bien sûr, par l'obtention d'un emploi rémunérateur. Selon moi, les progrès modestes réalisés au cours des dix dernières années sont attribuables au travail de ces personnes ayant surmonté des problèmes de santé mentale qui contribuent à la création de groupes d'entraide et, en particulier, celles qui ont lancé et qui exploitent des entreprises parallèles.

Les entreprises parallèles sont gérées et contrôlées entièrement par des personnes ayant des antécédents en matière de santé mentale et de toxicomanie. Pour une raison qui m'échappe, elles n'existent qu'ici, en Ontario. Certains d'entre vous connaissez peut-être le service de messagerie express A-WAY ou le restaurant Raging Spoon. Ces entreprises, qui existent depuis environ 25 ans, se distinguent de l'approche classique des ateliers protégés ou des entreprises appliquant des mesures en faveur de groupes désavantagés, lesquelles appartiennent à des organismes sans but lucratif, et sont gérées par eux. Même si le rapport « À l'unisson » publié par votre gouvernement en 2001 qualifie ces entreprises de « pratiques efficaces », vous semblez savoir bien peu de choses à leur égard.

Much international demand exists for alternative business development information, and I was quite disappointed not to see any mention of it in your report. In fact, it would appear that most of the content in chapter 3 refers to those individuals presently attached to the workforce, with very little on people who have never had opportunities, or were discouraged from attempting to better their own lives. I myself was told to forget about going to school, to forget about having a career, and to come to terms with my mental health issues. Thank God I did not believe them, or I would not be here today. I would be one of many thousands living a substandard life of medications, craziness and dire poverty.

I have spent the last 20 years of my life dealing with employment and business development. As the past executive director of Fresh Start Cleaning and Maintenance, I quickly learned how people will rise to expectations, or will reduce themselves to the diagnostic category that workers use to determine their efforts.

The Ontario Council of Alternative Businesses was quickly developed, and against all odds, they managed to develop another five businesses here in Toronto.

There is a film entitled *Working Like Crazy* that I have included in your package. It is the product of a partnership between the National Film Board and the council and has been screened across North America and the United Kingdom, unfortunately to audiences who could relate all too well to the circumstances faced by those who have been in the system.

The businesses work so well because they are designed to meet the particular needs of groups wanting economic opportunity. Today, after a little over 10 years, many of us in Ontario are demanding jobs, demanding to be paid for the work that we do, and increasingly expressing interest in furthering our education. All this, of course, is within the context of others not believing in us. For far too long, we have been told not to try to integrate, not to try to work, not to try to get better, because our perceived illnesses would never fade, and, of course, the classic tale, "This will be too stressful for you."

There has been a complete lack of attention to the social determinants of health as they relate to people with mental health or addiction issues.

Finally, the community has now seen the impact of work, of expectations, and is demanding more. We must ensure that your committee addresses the needs of those individuals kept out of the workforce for so many years and who have been institutionalized to think of nothing more than the next cheque. Good health implies participation, self-determination and good self-esteem.

La demande en information sur la mise en valeur des entreprises parallèles à l'échelle internationale est élevée, et j'étais plutôt déçue que votre rapport n'en fasse pas mention. De fait, il semblerait que la majeure partie du contenu du chapitre 3 porte sur les personnes qui participent actuellement au marché du travail, et qu'on s'attache très peu aux personnes qui n'en ont jamais eu l'occasion, ou qu'on a découragées de chercher à améliorer leur sort. On m'a déjà dit d'accepter ma situation et de renoncer à l'idée d'aller à l'école et d'avoir une carrière. Dieu merci, je ne les ai pas écoutés, car je ne serais pas ici aujourd'hui. Je compterais parmi les milliers de personnes vivant une existence médiocre, marquée par la médication, la folie et la pauvreté abjecte.

J'ai consacré les 20 dernières années de ma vie à la promotion de l'emploi et à la création d'entreprise. Dans le cadre de mes fonctions à titre de directrice générale de Fresh Start Cleaning and Maintenance, j'ai rapidement compris que les gens peuvent se montrer à la hauteur de vos attentes ou se cantonner dans la catégorie diagnostique que les travailleurs utilisent pour déterminer leurs efforts.

L'Ontario Council of Alternative Businesses a pris naissance rapidement et, contre toute attente, a réussi à lancer cinq autres entreprises, ici à Toronto.

Vous trouverez dans la documentation que je vous ai fournie un film qui s'intitule *Working Like Crazy*. Cette production, le fruit d'un partenariat entre l'Office national du film et le conseil, a été présentée en Amérique du Nord et au Royaume-Uni, à un public qui, malheureusement, ne comprenait que trop bien la situation des personnes qui ont été dans le système.

La raison pour laquelle ces entreprises fonctionnent si bien, c'est qu'elles sont conçues pour satisfaire aux besoins particuliers de groupes qui veulent avoir accès à des débouchés économiques. Aujourd'hui, après un peu plus de 10 ans, nombre d'entre nous en Ontario exigeons un emploi, exigeons d'être payés pour ce que nous faisons, et manifestons un intérêt croissant à faire des études. Tout cela, bien sûr, dans un contexte où les autres ne croient pas en nous. Depuis bien trop longtemps, on nous dit de ne pas essayer de nous intégrer, de ne pas essayer de travailler, de ne pas essayer de guérir, parce que nos maladies perçues ne s'estomperaient jamais et que, bien sûr — toujours la même histoire — « ce serait trop stressant pour vous. »

On ne prête absolument aucune attention aux facteurs sociaux qui influent sur la santé des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie.

Enfin, notre communauté voit l'impact du travail et des attentes, et elle en veut plus. Nous devons veiller à ce que votre comité examine les besoins de ces personnes qui sont exclues du marché du travail depuis si longtemps, auxquelles on a fait croire qu'il n'avait rien de mieux à faire que d'attendre leur prochain chèque. Le bien-être passe par la participation, l'autodétermination et l'estime de soi.

It is stated we have an 85 per cent unemployment rate, an intolerable situation in any community, whether geographic or social. The federal government needs to act on this alarming statistic, and some of my ideas in this regard follow.

Recently, the federal government has determined they will no longer contract out services for employment supports, but has established a call for proposals. This, of course, is the outcome of a report commissioned by our government and completed by IBM. Those agencies with a proven track record now had to compete for dollars. There is much uproar today that the end result is private-sector vocational firms have won out. Those groups that were most effective were denied, with no rationale.

I recently attended a community forum where there was outrage at the lack of information and the effective closing down of services. Link Up Employment Services, one of the most effective for my community and well regarded by the private sector, has been shut since January 31, with no reason given. This was a service entirely driven by people with disabilities.

We were hopeful after hearing in the last throne speech that the Prime Minister has recognized and valued the work of social purpose enterprises. Yet, Industry Canada, taking the prime responsibility for assisting and supporting these initiatives, has little sense or understanding of the beauty of the alternative businesses, which have flourished here in Ontario.

Amazing partnerships have been created, and most importantly, people are sustaining their jobs and their businesses with a little assistance from networks and coalitions such as the Toronto Enterprise Fund. This is one of the most exciting initiatives in this country, providing hundreds of individuals with employment and economic opportunities. Yet, Industry Canada knows very little, if anything, about it.

There are groups such as Parkdale Green Thumb Enterprises, which contracts with local business improvement associations to keep areas cleaned and flowers growing, a novel idea that suits both stakeholder groups, but it has not been re-created elsewhere in the country. If we are interested in tackling discrimination, these groups are the experts. We need to tap into their skills and expertise, not try to develop ideas from everyone else.

The World Health Organization looks at disability not through an illness model, but more holistically, including the barriers created by society. It is not the disability that prevents people from working. It is the barriers largely created by attitudes.

I now want to refer to the issues you have touched on in your report. First, I wonder why there is no national definition of "disability." There is a definition in the national Human Rights Code and the Employment Equity Act, but why can provinces ignore this and develop their own? This allows provinces to in fact

Nous affichons un taux de chômage de 85 p. 100, situation intolérable pour toute communauté, qu'elle se définisse par des critères géographiques ou sociaux. Le gouvernement fédéral se doit de réagir à cette statistique alarmante, et voici certaines de mes idées à cet égard.

Le gouvernement fédéral a récemment décidé de ne plus recourir à la sous-traitance pour la prestation de services d'aide à l'emploi, mais a lancé un appel d'offres. Cette démarche découle, bien sûr, d'un rapport préparé par IBM, à la demande de notre gouvernement. Ainsi, ces organismes ayant déjà fait leurs preuves devaient maintenant présenter une soumission pour obtenir du financement. Cela soulève tout un tollé aujourd'hui, car, au bout du compte, ce sont les entreprises de formation professionnelle du secteur privé qui l'emportent. On a rejeté la candidature des groupes les plus efficaces, sans fournir de justification.

J'ai assisté tout récemment à une tribune communautaire où l'on dénonçait avec virulence l'absence d'information et la disparition de certains services. Par exemple, Link Up Employment Services, l'un des organismes les plus efficaces pour ma communauté, et jouissant d'une bonne réputation auprès du secteur privé, a fermé ses portes le 31 janvier, sans aucune forme d'explication. Il s'agissait d'un service dispensé entièrement par des personnes handicapées.

Après avoir entendu le dernier Discours du Trône, nous avons bon espoir que le Premier ministre reconnaîtrait et valoriserait le travail des entreprises à vocation sociale. Pourtant, Industrie Canada, principal responsable d'aider et de soutenir ces initiatives, ne semblait ni saisir ni comprendre toute la beauté des entreprises parallèles, qui sont florissantes ici en Ontario.

Des partenariats merveilleux ont été créés et, fait plus important encore, des gens maintiennent leurs emplois et leurs entreprises avec un peu d'aide de réseaux et de coalitions comme le Toronto Enterprise Fund. C'est l'une des initiatives les plus enthousiasmantes dans notre pays, et elle procure des emplois et des débouchés économiques à des centaines de personnes. Pourtant, Industrie Canada la connaît très peu, ou pas du tout.

Il y a des groupes comme Parkdale Green Thumb Enterprises, lequel s'engage auprès d'associations locales d'amélioration des entreprises à veiller à ce que les terrains soient propres et à ce que les fleurs poussent; c'est une idée novatrice qui convient aux deux groupes concernés, mais elle n'a jamais été reproduite ailleurs au pays. Si nous voulons nous attaquer à la discrimination, ces groupes sont des experts en la matière. Nous devons tirer avantage de leurs compétences et de leur expertise au lieu de tenter de réaliser les idées des autres.

L'Organisation mondiale de la santé envisage l'invalidité non pas au moyen d'un modèle fondé sur la maladie, mais bien d'une approche plus globale, y compris les obstacles créés par la société. Ce n'est pas l'invalidité qui empêche les gens de travailler. Ce sont les obstacles, pour la plupart créés par les attitudes.

J'aimerais maintenant aborder les enjeux que vous soulevez dans votre rapport. Premièrement, je me demande pourquoi il n'y a aucune définition nationale du terme « invalidité ». Il y a une définition dans le Code national des droits de la personne et dans la Loi sur l'équité en matière d'emploi, mais pourquoi les

continue to discriminate against people with certain disabilities — in particular, people with addiction issues. Here in Ontario, an addiction issue is not considered a disability, even though it is in the national government's definition. Furthermore, it states that in cases of ambiguity, the federal definition would apply. Why has that not been successful here in Ontario?

As for people already attached to the workforce, here is a document entitled "Navigating Workplace Disability Insurance: Helping People with Mental Illness Find the Way." How is it possible that in Canada today a group of people with disabilities, mental health and addictions issues, require a guide to receive the most fundamental benefits that other Canadians take for granted?

Canada Pension Plan, Employment Insurance and private insurers seem to conspire to make the acquisition of these paid benefits increasingly difficult. This is only one of the problems encountered by people with mental health and addiction issues. CPP, although recently reviewed, takes a naïve and quite ignorant approach to the issue of mental health, sticking to a medical model of diagnosis, even though, clearly, the medical model is under review today.

All too often, people dealing with insurers, the provinces, cannot stand the stress or the financial burdens placed on them at a time when they are not well enough to work. Many of us firmly believe that private insurers, who I believe are federally regulated, must be accountable for their treatment of people with mental health or addiction issues.

What is the federal government doing to ensure that appropriate processes and procedures are applied to people with mental health and addiction issues? Why are private insurers not encouraged to develop appropriate return-to-work programs, not punitive ones? Does the federal government truly believe that they treat our community the same as they do people who are receiving chemotherapy? If so, you are most sadly mistaken.

I would suggest, unfortunately, most people struggling with mental health and addiction problems know they should keep their illness or issues a secret at the workplace, which is not a healthy alternative. Measurement of long-term and short-term disabilities will not determine workplace healthiness. There must be a culture of respect and understanding of all employees. This is the true measure of mental health in the workplace. Certainly, employee assistance programs must learn how to handle mental

provinces peuvent-elles en faire fi et adopter leur propre définition? De fait, cela permet aux provinces de continuer à discriminer contre les personnes ayant certains handicaps — en particulier, les personnes aux prises avec un problème de toxicomanie. Ici en Ontario, un problème de toxicomanie n'est pas considéré comme un handicap, même si c'est le cas dans la définition du gouvernement national. De plus, on prévoit que la définition fédérale s'appliquera lorsque la situation est ambiguë. Pourquoi cela n'a-t-il pas fonctionné ici en Ontario?

Pour ce qui est des gens qui participent déjà au marché du travail, voici un document intitulé « Navigating Workplace Disability Insurance : Helping People with Mental Illness Find the Way. » Comment est-il possible qu'aujourd'hui, au Canada, un groupe de personnes aux prises avec un handicap ou des problèmes de santé mentale et de toxicomanie ait besoin d'un guide pour recevoir les avantages fondamentaux que les autres Canadiens tiennent pour acquis?

Le Régime de pensions du Canada, l'Assurance-emploi et les assureurs privés semblent conspirer pour rendre de plus en plus difficile l'acquisition de ces prestations payées. Ce n'est qu'un des problèmes auxquels sont confrontées les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Le RPC, bien qu'il ait été récemment passé en revue, adopte une approche naïve et plutôt ignorante en matière de santé mentale, se contentant d'appliquer un modèle de diagnostic médical, même si le modèle médical est actuellement remis en question.

Bien trop souvent, les gens qui ont affaire aux assureurs et aux provinces ne peuvent supporter le stress ou le fardeau financier qu'on leur impose au moment même où ils ne sont pas en mesure de travailler. Nombre d'entre nous croyons fermement que les assureurs privés, lesquels, je crois, relèvent d'une réglementation fédérale, devraient être tenus responsables de la façon dont ils traitent les gens ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie.

Que fait le gouvernement fédéral pour veiller à ce que des méthodes et des procédures appropriées soient appliquées aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie? Pourquoi les assureurs privés ne sont-ils pas encouragés à élaborer des programmes appropriés de retour au travail au lieu de programmes punitifs? Le gouvernement fédéral croit-il vraiment qu'il traite les membres de notre collectivité de la même façon qu'une personne bénéficiant d'une chimiothérapie? Si c'est le cas, vous vous trompez fort.

J'avancerais que, malheureusement, la plupart des gens aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie savent qu'ils devraient taire leur maladie ou leurs problèmes au travail, ce qui n'est pas un choix sain. La mesure de l'invalidité à long et à court termes ne permettra pas de déterminer si le milieu de travail est sain. On doit établir une culture de respect et de compréhension à l'égard de tous les employés. C'est là une mesure véritable de la santé mentale en milieu de travail. Certes, les

health issues better. For many, three to four visits will not suffice, and naturally, this is again all related to workplace wellness.

Where is the support for Canadian employers? Although the federal government has stated that Canadian employers must comply with the Employment Equity Act, there is very little support for them to do so. Where do employers go to find resources and information on the Human Rights Code, on the return to work and duty to accommodate issues? Today, even though a majority of Canadian employers have less than 100 employees, there is no service for them to access, other than fee-for-service resources. What happened to a service like CanJana? This was a service of the federal government that allowed employers to access the resources necessary to ensure the retention and recruitment of people with disabilities. Since this service was closed, there has been nothing to take its place.

CPP needs a complete review of its practices as they relate to people with mental health and addiction issues. As with our society in general, there are glaring examples of discriminatory procedures and processes. The people working within these systems require a total re-education in regard to their vocational and employment support programs, many of which are punitive in nature and discriminatory, in that people with certain diagnostic labels will be denied access. This is rampant within the CPP system.

What is the federal government doing to support the exchange of knowledge among doctors and employers? Doctors have very little information in regards to return-to-work issues, or, for that matter, employment and its effects on people with disabilities. Yet, who determines when a person returns to work? Often, it is the doctors. We have had much exciting research on return-to-work issues, the reduction in time that people are away from work and the cost to Canadian employers of long-term disability claims. Yet the government is allowing some of the most effective and prominent round tables to disappear rather than promote the healthy workplace practices that would go a long way toward promoting the effective retention of employees with mental health or addiction issues.

I was excited to note that the federal Minister of Health has appointed both Michael Wilson and Bill Wilkerson to review the issue of mental health and the workplace within the federal government workplace. It is Canada's largest employer, and I would suggest there are changes to be made. I would hope that these changes would include the targeted recruitment of people with mental health or addiction issues, and that the federal government will go well beyond the efforts of our banking sector, in that all positions, all levels or classifications of employees

programmes d'aide aux employés doivent apprendre à mieux composer avec les problèmes de santé mentale. Pour de nombreuses personnes, trois ou quatre visites ne suffisent pas, et, naturellement, tout cela est encore lié au mieux-être en milieu de travail.

En quoi soutient-on les employeurs canadiens? Le gouvernement fédéral déclare que les employeurs canadiens doivent se plier aux exigences de la Loi sur l'équité en matière d'emploi, mais on leur offre très peu de soutien à cet égard. Où les employeurs peuvent-ils aller pour trouver de l'information et des ressources relatives aux enjeux touchant le code des droits de la personne, le retour au travail et l'obligation de tenir compte de la situation de quelqu'un? À l'heure actuelle, même si la majorité des employeurs canadiens comptent moins de 100 employés, il n'existe aucun service leur permettant d'accéder à ces ressources, à moins qu'ils n'acceptent de payer des frais d'utilisation. Qu'est-il advenu du service CanJana? C'est un service du gouvernement fédéral qui permettait aux employeurs d'accéder aux ressources nécessaires pour veiller au recrutement et au maintien en poste de personnes handicapées. Depuis la fermeture de ce service, rien n'a été créé pour le remplacer.

Le RPC doit revoir de fond en comble ses pratiques visant les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Comme c'est le cas au sein de notre société en général, il y a des exemples flagrants de procédures et de méthodes discriminatoires. Les gens qui évoluent au sein de ces systèmes doivent totalement revoir leur façon d'envisager les programmes de formation professionnelle et d'emploi du régime, dont un grand nombre sont discriminatoires et punitifs de nature, car on refuse l'accès aux personnes étiquetées de certains diagnostics. C'est monnaie courante au RPC.

Que fait le gouvernement fédéral pour soutenir l'échange de connaissances entre les médecins et les employeurs? Les médecins possèdent très peu de connaissances en ce qui concerne les enjeux touchant le retour au travail ou, d'ailleurs, l'emploi et son incidence sur les personnes handicapées. Or, qui détermine à quel moment une personne retourne au travail? Bien souvent, c'est le médecin. On a mené beaucoup de recherches prometteuses sur les enjeux touchant le retour au travail, sur la réduction du délai d'absence des employés, et sur le coût assumé par les employeurs canadiens à l'égard de l'invalidité à long terme. Pourtant, le gouvernement permet à l'une des tables rondes les plus efficaces et importantes de disparaître, au lieu de promouvoir l'adoption de pratiques favorisant un milieu de travail sain qui contribueraient largement à favoriser le maintien en poste d'employés ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie.

J'ai appris avec enthousiasme que le ministre fédéral de la Santé avait chargé Michael Wilson et Bill Wilkerson de se pencher sur les enjeux touchant la santé mentale et le milieu de travail au sein du gouvernement fédéral. Il est le premier employeur en importance au Canada, et j'avancerais que des changements s'imposent. J'oserais espérer que ces changements comprendront le recrutement ciblé de personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, et que le gouvernement fédéral ira bien au-delà des efforts déployés par notre secteur bancaire, de

should be open to people with mental health and addiction issues. This would demonstrate to the Canadian public and your employees that you are "Walking the talk."

Finally, a review of employee assistance programs, private insurers, CPP, and a consistent definition of "disability" may go a long way in assisting those employees working with a mental health or addiction issue. As long as organizational and employer discriminatory attitudes exist, there will continue to be barriers to employment and to the full enjoyment of Canadian citizenship rights. We need to address the employment and economic needs of those who have been left outside of the Canadian workforce, those people who so need to be included. You need to study initiatives such as alternative businesses. Have the "social enterprise" definition include those initiatives that have been most successful for people with mental health and addiction histories.

Do not accept limited approaches and subjective viewpoints on people's ability to work. Please continue to hear the success stories of people like myself and those working with the system, and work towards ensuring that all Canadians enjoy the benefits of our citizenship.

The Chairman: Thank you, Diana.

Pat, the floor is now yours.

Ms. Pat Capponi, as an individual: Thank you, and thanks to the committee for having me back. I appreciate that. I will be addressing a gap in the report.

Senator Kirby, there is another cartoon that we used to see in the 1980s. It was of a big, bleak hospital on a hill, and people leaving the hospital were falling off the cliff, which, unfortunately, is still true today.

For middle class individuals, being diagnosed with a serious mental illness creates a world of hurt and a lifetime of challenges. You will no doubt hear today how difficult their lives can be. For those labelled "chronic," however, those challenges increase exponentially, as it means that the helpers have given up.

The earliest experiences of many chronic mental patients were defined by poverty, as they were often born into families and circumstances already straitened. Treatment meant confinement and custodial care on the back wards of provincial institutions, sometimes for decades, where chronic patients learned over and over again the lessons of absolute dependence in every aspect of their meagre existence, as well as the harsh consequences of resisting those in authority.

façon à ce que les personnes aux prises avec un problème de santé mentale ou de toxicomanie aient accès à tous les postes, quel que soit le niveau ou la classification. Vous pourriez ainsi montrer au public canadien et à vos employés que vous « prêchez par l'exemple ».

Enfin, un examen des programmes d'aide aux employés, des assureurs privés et du RPC et l'adoption d'une définition uniforme du terme « invalidité » permettraient de réaliser des progrès importants en vue d'aider les employés aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. Tant que les organisations et les employeurs adopteront des attitudes discriminatoires, il y aura des obstacles à l'emploi et à la pleine jouissance des droits conférés par la citoyenneté canadienne. Nous devons répondre aux besoins économiques et aux besoins d'emploi de ceux qui sont exclus de la population active du Canada, de ces personnes qui ont tant besoin d'être intégrées. Vous devez examiner des initiatives comme les entreprises parallèles. Il faut que la définition du terme « entreprise à vocation sociale » englobe ces initiatives qui se sont révélées fructueuses pour les personnes ayant des antécédents en matière de maladie mentale et toxicomanie.

N'acceptez pas des approches limitées et des points de vue subjectifs en ce qui concerne la capacité des gens de travailler. Je vous prie de continuer de prendre connaissance de la réussite de personnes comme moi-même et des personnes qui travaillent dans le système, et de faire en sorte que tous les Canadiens puissent jouir des avantages de la citoyenneté.

Le président : Merci, Diana.

Pat, vous avez maintenant la parole.

Mme Pat Capponi, à titre personnel : Merci, et merci aux membres du comité de m'accueillir de nouveau. Je vous suis reconnaissante. Je parlerai d'une lacune du rapport.

Sénateur Kirby, il y a un autre dessin humoristique qu'on voyait pendant les années 80. On y voyait un grand hôpital morne, au sommet d'un promontoire, et les gens qui quittaient l'hôpital tombaient en bas de la falaise, chose qui, malheureusement, est toujours d'actualité.

Pour une personne de la classe moyenne, un diagnostic de maladie mentale grave crée un monde de douleur et une existence semée d'embûches. Vous entendrez sans doute des personnes vous dire aujourd'hui à quel point leur vie peut être difficile. Pour ceux qui portent l'étiquette de « malade chronique », toutefois, ces défis augmentent de façon exponentielle, car cela signifie que les aidants ont abandonné.

Les premières expériences d'un grand nombre de patients psychiatriques chroniques sont définies par la pauvreté, car elles sont souvent nées au sein de familles dont la situation était déjà difficile. Le traitement supposait l'internement et des soins en milieu surveillé dans l'arrière-salle d'établissements provinciaux, parfois pendant des décennies, où on inculquait sans relâche aux patients chroniques qu'ils étaient absolument dépendants à tous les égards de leur existence pathétique, et que toute résistance à l'autorité serait sévèrement punie.

Infantilized, over-medicated, shocked, lobotomized and controlled, our world was dramatically reduced to endless card games, daytime television shows, and the constant smoking of bales of tobacco that was the only reward for good behaviour. There were no expectations placed on us, no decisions we were required to make. The world went on quite well without us, until deinstitutionalization, that is, the mass evictions from provincial hospitals, with no attempt to re-orient individuals to this new freedom.

We were broken, hugely vulnerable, unaware of our rights or obligations and often illiterate, with no job skills, no friends and few remaining contacts with families. We looked strange as well, with the easily identifiable "thorazine shuffle," the bloating from years of institutional diets, and deep racking coughs from all the unfiltered, cheap tobacco that was our only pleasure.

We were ripe for exploitation, physical and sexual abuse, and the temporary escape into addictions. We had no defences. In our new world, we were still confined by our fear, poverty and angry neighbourhood reactions to our presence. Exhausted by the medications that crippled us, we slept away long hours of the day and the night in overcrowded rooms. That was the scope of our lives, and the few professionals who signed prescriptions for us, or moved us from one substandard boarding home to another, felt it was all we were capable of.

Years went by. Some died by suicide or from physical illness. Others continued in this half-life while advances in care went to benefit those deemed more worthy.

Worse, we saw that as the older patients faded away, newly labelled men and women from the same social strata took their places and quickly learned many of the same lessons of powerlessness and defeat. Institutionalization was continuing in the community, defined by the lack of care and the indifference to our plight.

Some of us, a very few at first, who had not been locked up as long as others, who had managed to live a little between hospitalizations, recognized the wrong that was being perpetrated on our community. We started to question received wisdom about who we were and what we were capable of. We began to engage in a struggle in the early 1980s that would take a quarter of a century to see gains and a real difference, and we did it largely without help or support from those charged with our care, with the notable exception of Dr. Reva Gerstein, who you will be hearing from later on today.

Infantilisés, surmédicamentés, soumis à des électrochocs, lobotomisés et contrôlés, nous en étions réduits à une existence qui se limitait à des parties de cartes interminables, à regarder la télévision tout l'après-midi, et à fumer constamment des balles de tabac, seule récompense pour notre bonne conduite. Il n'y avait aucune attente à notre égard, nous n'avions aucune décision à prendre. Le monde se débrouillait plutôt bien sans nous jusqu'à la désinstitutionnalisation, c'est-à-dire jusqu'à l'expulsion en masse des malades des hôpitaux provinciaux, sans aucune mesure pour les aider à s'adapter à cette nouvelle liberté.

Nous étions brisés, énormément vulnérables, inconscients de nos droits et obligations, et, bien souvent, analphabètes, sans aucune compétence professionnelle, sans amis, et avec bien peu de contacts avec notre famille. De plus, nous avions l'air étrange avec notre démarche très lente — propre aux personnes qui consomment de la thorazine — nos corps bouffis par des années de nourriture d'établissement, et cette toux profonde, occasionnée par la consommation effrénée de cigarettes bon marché sans filtre, notre seul plaisir.

Nous étions vulnérables à l'exploitation, aux agressions physiques et sexuelles, et au désir de nous soustraire temporairement à notre situation grâce à la drogue. Nous n'avions aucune défense. Dans notre nouveau monde, nous étions toujours isolés par notre peur, notre pauvreté et la réaction de colère du quartier à l'égard de notre présence. Épuisés par les médicaments qui nous paralysaient, nous passions nos jours et nos nuits à dormir dans des chambres surpeuplées. Notre vie s'arrêtait à cela, et les rares professionnels qui se chargeaient de préparer nos ordonnances ou de nous aider à passer d'un centre d'accueil insalubre à l'autre estimaient que c'était tout ce dont nous étions capables.

Les années ont passé. Certains se sont suicidés ou sont morts d'une maladie physique. D'autres ont poursuivi cette demi-existence pendant que l'amélioration des soins bénéficiait à ceux que l'on jugeait plus méritants.

Pire encore, nous constatons que les patients plus âgés qui disparaissaient étaient remplacés par des femmes et des hommes nouvellement étiquetés, qui provenaient de la même strate sociale et qui apprenaient rapidement un grand nombre des leçons communes d'impuissance et de défaite. L'institutionnalisation se poursuivait au sein de la collectivité, définie par l'absence de soins et l'indifférence devant nos malheurs.

Certains d'entre nous, un très petit nombre au début, qui n'avaient pas été enfermés aussi longtemps que les autres, qui avaient réussi à vivre un peu entre les hospitalisations, avons reconnu le mal qui avait été fait à notre communauté. Nous avons commencé à remettre en question les idées reçues en ce qui concerne notre identité et nos capacités. Nous avons amorcé, au début des années 80, une lutte qui a duré un quart de siècle avant de mener à des gains et des changements réels, et nous avons essentiellement fait cela sans aide ni soutien des personnes chargées de nous dispenser des soins, à une exception près : Mme Reva Gerstein, qui témoignera devant le comité plus tard aujourd'hui.

We began to understand that the way we looked and felt, the way we were forced to live, our isolation, exclusion and hopelessness, the excruciating poverty, had little to do with whatever diagnosis we carried. We looked at the simply poor, at how the stresses and strains of trying to keep a roof over their heads and food in their stomachs created negative emotions that mimicked the symptoms of mental illness. We were miserable because we were thigh deep in miserable circumstances.

In 1995, the Ontario Council of Alternative Businesses lobbied, and was funded, to develop survivor businesses in the province, a radical departure from traditional vocational rehabilitation. We had role models where we had none before. We were achieving, breaking myths and assumptions about who, and what, we were, and we were forming a community.

Chronic psychiatric patients showed commitment in reporting for work on time, in acquiring new skills, in creating lasting friendships, and people grabbed every opportunity to learn from each other's experiences. We were successfully attacking the stigma within and without the mental health system, where millions of dollars spent on elaborate advertising campaigns had failed.

Still, for every advance, there are setbacks. A chronic mental patient is just that in the eyes of many. We are not entitled to be full human beings behind that label, not expected to have basic personalities that mirror those in the greater population — good, bad and everything in between. A schizophrenic is a schizophrenic and every action is attributed to that disease and not to the underlying nature of the individual. A person who is bitter and angry, or who is addicted to crack or other drugs, does something terrible, and a chorus of voices is raised against all who carry the same label. Our civil rights are affected, as laws are passed to protect society from the mentally ill.

As a result, we have Assertive Community Treatment, or ACT, Teams that are primarily there to ensure that the client takes the medication. Though the mandate was supposed to be broader, and remains so on paper, there are few decent places for teams to refer their clients to, and even fewer work opportunities. For staff to speak of this is to endanger their jobs; to point out that housing is terrible is to endanger their jobs. The only resources we have in any abundance, yet again, are expensive psychiatrists, occupational therapists, and nurses and social workers who are reduced to delivering pills and needles, effectively keeping discharged patients in chemical straightjackets for the comfort of the mainstream community.

Nous commençons à comprendre que notre apparence et la façon dont nous nous sentions, que la façon dont on nous forçait à vivre, notre isolement, notre exclusion et notre désespoir, l'insoutenable pauvreté, avaient bien peu à voir avec le diagnostic attribué, quel qu'il soit. Nous avons regardé ceux qui sont seulement pauvres, et constaté que le stress et la difficulté de tenter de se loger et de se nourrir créent des émotions négatives analogues aux symptômes de la maladie mentale. Nous étions misérables parce que nous étions plongés dans la misère.

En 1995, l'Ontario Council of Alternative Businesses a exercé des pressions en vue de pouvoir établir des entreprises de survivants dans la province, démarche qui se détache radicalement de l'approche classique en matière de réadaptation professionnelle, et a obtenu du financement à cette fin. Nous avions des modèles là où il n'y en avait pas auparavant. Nous accomplissions des choses, nous brisions les mythes et les idées préconçues nous concernant et nous formions une communauté.

Les patients psychiatriques chroniques se sont montrés déterminés à se présenter au travail à l'heure, à acquérir de nouvelles compétences et à nouer des amitiés durables, et les gens saisissaient chaque occasion d'apprendre de l'expérience des autres. Nous arrivions à vaincre nos démons intérieurs — sans l'aide du système de soins de santé mentale, où des millions de dollars consacrés à de vastes campagnes publicitaires avaient échoué.

Néanmoins, pour chaque progrès réalisé, il y a des reculs. Aux yeux d'un grand nombre de personnes, un patient psychiatrique chronique n'est qu'un malade mental. On ne donne pas aux personnes portant cette étiquette le droit d'être une personne à part entière, on ne s'attend pas à ce qu'une telle personne ait une personnalité qui reflète celle de l'ensemble de la population — bon, méchant et tout ce qu'il y a entre les deux. Un schizophrène est un schizophrène, et tout ce qu'il fait est attribuable non pas à la nature sous-jacente de cette personne, mais bien à sa maladie. Une personne amère et en colère, ou qui a une dépendance à l'égard du crack ou d'autres drogues, commet un acte terrible, et on s'unit pour décrier toutes les personnes qui portent la même étiquette. On mine nos droits civils en adoptant des lois pour protéger la société contre les malades mentaux.

Par conséquent, nous avons des équipes de traitement communautaire dynamique, ou TCD, dont la fonction consiste essentiellement à s'assurer que le client prend son médicament. Même si leur mandat est censé être plus large — et il l'est, théoriquement — il existe peu d'endroits convenables où les équipes peuvent envoyer leurs clients, et encore moins d'occasions d'emploi. L'employé qui soulève ce point met son poste en danger; celui qui signale que les logements sont horribles met son poste en danger. Les seules ressources que nous ayons en abondance sont, encore une fois, de coûteux psychiatres, des ergothérapeutes, des infirmières et des travailleurs sociaux qui en sont réduits à distribuer des pilules et des seringues, de façon à garder les malades sortants dans une camisole de force chimique, pour rassurer le reste de la collectivité.

If a client is depressed and upset because his life is so narrowly constricted, his medication is increased. If he is fearful of a landlord or unable to sleep in an overcrowded room, his medication is increased. If poverty leaves him hungry and restless, his medication is increased, and if he has enough remaining life in his body to be angry, the dosages will ensure that that anger is forgotten.

We have shown that those “chronic” who work within survivor-run businesses require less medication and spend less time in hospital. We have shown that the worst thing that was done, and is still being done to us, was to tell us that we could not achieve, that nothing could be expected of us without risking another episode of psychosis; thus stealing lives and hopes and whatever shreds of ambitions we carried within us. Replacing all that with custodial care inside and outside institutions is an ongoing crime against our community, and our country’s shame.

We are transforming ourselves in spite of stigma, coercion, poverty, and a backlash from telling our stories. It is a slow process, made more difficult by a system that will not examine its own prejudices, its own contribution to stigmatizing those with this dual diagnosis of poverty and mental illness.

Resources that are now being used to keep this segment of the seriously mentally ill population tied to beds in medicated fogs need to be refocused to liberate all the human potential so long starved of opportunity and hope. We need investment of funds and energies to assist with this ongoing human and community development, with the creation of opportunities for learning and growth and work. We need some of the dollars now spent in lecturing the public about the consequences of stigma to be used to eradicate the stigma within the system against those least able to combat it. Most of all, we need to eliminate the ability of the system to declare anyone beyond hope, as it seems to be disproportionately used against those who come from the ranks of the poor and the friendless.

The Chairman: Thank you, Pat, for that very moving presentation.

Next, we have Darrell Powell, who has come all the way from Vancouver to be with us today.

Mr. Darrell C. Powell, As an individual: Senator Kirby, honoured members of the committee, I have nothing prepared for this hearing, but I intend to tell you a story about my experience and where I feel it fits in with the committee’s work.

There is an angle to discrimination and stigmatization that is much more sinister than you may want to believe. Government and the medical services people, in my opinion, are the greatest purveyors of this discrimination for very “you-genda” driven purposes.

Si un client est déprimé et en colère en raison des contraintes qu’on lui impose, on augmente sa dose de médicaments. S’il a peur de son propriétaire ou s’il est incapable de dormir dans une pièce surpeuplée, on augmente sa dose de médicaments. S’il est affamé et agité par la pauvreté, on augmente sa dose de médicaments, et s’il lui reste suffisamment d’énergie pour se mettre en colère, la posologie veillera à ce que cette colère s’estompe.

Nous avons démontré que ces « malades chroniques » qui travaillent au sein d’entreprises exploitées par des survivants exigent moins de médicaments et passent moins de temps à l’hôpital. Nous avons démontré que la pire chose à faire — et on nous le fait encore aujourd’hui —, c’était de nous dire que nous pouvions rien accomplir, qu’on ne pouvait rien attendre de nous sans risquer une rechute dans la psychose. On nous a ainsi dérobé nos vies et nos espoirs, et nos ambitions, si petites soient-elles. Le fait de remplacer tout cela par des soins de protection à l’intérieur et à l’extérieur des établissements est un crime continu contre notre communauté, et déshonore notre pays.

Nous réussissons à nous transformer malgré les préjugés, la contrainte, la pauvreté et les contrecoups de nos témoignages. C’est un long processus, exacerbé par un système qui refuse d’examiner ses propres préjugés et sa propre contribution à l’exclusion de ceux qui sont affligés de ce double diagnostic de pauvreté et de maladie mentale.

Les ressources actuellement utilisées pour garder les malades mentaux graves au lit, dans une torpeur médicamenteuse, doivent être réaffectées afin qu’on puisse libérer tout le potentiel humain qu’on a privé d’espoir et d’occasions pendant si longtemps. Nous devons investir de l’argent et de l’énergie en vue de contribuer à ce développement humain et communautaire permanent, en créant des occasions d’apprentissage, de croissance personnelle et d’emploi. Il faut qu’une partie de l’argent actuellement utilisé pour faire la morale au public sur les conséquences de l’exclusion soit utilisée pour éliminer au sein du système les préjugés qui affligent les personnes qui sont le moins capables de se défendre. D’abord et avant tout, nous devons enlever au système le pouvoir d’imposer à quelqu’un l’étiquette d’irréparable car il semble qu’on l’exerce de façon disproportionnée contre les pauvres et les abandonnés.

Le président : Merci, Pat, de votre témoignage très touchant.

Accueillons maintenant Darrell Powell, qui est parti de Vancouver pour nous rencontrer aujourd’hui.

M. Darrell C. Powell, à titre personnel : Sénateur Kirby, honorables membres du comité, je n’ai rien préparé pour cette audience, mais je vais vous raconter une histoire sur mon expérience, et vous expliquer en quoi j’estime qu’elle est pertinente à vos travaux.

Il y a un aspect de la discrimination et de l’exclusion qui est beaucoup plus sinistre que vous voudriez bien le croire. À mon avis, le gouvernement et le milieu médical sont les plus grandes sources de cette discrimination, pour des raisons très intéressées.

I was actually born in Ontario. I left home at a fairly young age and moved to Vancouver in the early 1970s, where I started work in the shipyards. I have a strong sense of duty, coming as I did from a fairly poor background — a kid from the street from Yorkville. I found I liked working around boats and in the shipyards. I excelled at it. I did very well.

In 1990-91, I sustained some injuries to my knees, and consequently ended up becoming involved with the Workers' Compensation Board of British Columbia. At that time, the standard rule of thumb was to dump the claims at the appeal board, generate erroneous decisions and let somebody else decide whether the claim was valid or not.

This has been repeated over and over again and I am sure everybody here is quite familiar with abusive stories about workers' compensation boards. The problem I see is dealing with the discrimination and stigmatization that can actually leave a person criminalized in this country, whereby you are not allowed to overcome your illness or any depression that you might have had. If you have indeed seen a psychologist or a psychiatrist at one point in your life, that will be brought out in order to diminish the claim or the extent of the claim when establishing PTSD or chronic pain syndrome, as in my case.

This abuse is so extreme, and so heavy, that I have come to the conclusion that there is no way that it could be dealt with when it is done on purpose without opening up the human rights portion of the Charter. We have no powers as individuals to access our Charter rights. We do not.

Right now, I am involved in something that has continually diminished me financially. I have gone through 16 years of litigation. It has affected my health, physically and mentally, so now I actually do have a problem under the DSM-IV.

What happened was I had to win at certain levels, which I did. Every time I won my case, they seemed to get a bit nastier in their methods, to the point where quite a few people started getting involved, including an ombudsman and MLAs, because of what was going on, and I won in the appeal system in 1996.

When I was younger, I did have some problems. I did seek out counselling, and I cannot remember specifically what it was that I actually went for, outside of maybe some depression or whatever. However, it was never determined that I had a biological or biochemical or personality disorder, other than having a personality at all. I also used my passionate personality to explain my successes in the shipyards.

Onward it went, to the point where the compensation board was actually misrepresenting the file in order to not pay the claim, to say that they had actually created a rehabilitation plan when they had not, and I brought this to the attention of people outside the organization and of the internal ombudsman.

Je suis né en Ontario. J'ai quitté la maison assez jeune, et je me suis installé à Vancouver au début des années 70, où j'ai travaillé sur les chantiers navals. J'ai un solide sens du devoir, puisque je viens d'un milieu assez pauvre — un petit gars qui a grandi dans les rues de Yorkville. J'ai découvert que j'aimais travailler près des bateaux et des chantiers navals. J'y excellais. Tout allait très bien.

En 1990-1991, je me suis blessé aux genoux, et j'ai dû communiquer avec la commission des accidents du travail de la Colombie-Britannique. À l'époque, on avait tendance à confier les demandes d'indemnisation à la commission d'appel, à générer des décisions mal fondées et à laisser quelqu'un d'autre déterminer si la demande était valide ou non.

Cela s'est reproduit encore et encore, et je suis certain que tout le monde ici est au courant d'histoires d'abus de la part des commissions des accidents du travail. Le problème, selon moi, concerne la discrimination et l'exclusion qui peuvent effectivement faire d'une personne un criminel dans ce pays où l'on n'a pas la possibilité de surmonter sa maladie ou toute dépression antérieure. Si vous avez déjà consulté un psychologue ou un psychiatre au cours de votre vie, on utilisera cette information pour miner la demande d'indemnisation ou l'étendue de la demande au moment d'établir un diagnostic de SSPT ou de syndrome de la douleur chronique, comme dans mon cas.

Cet abus est si grave, et si lourd, que j'en suis venu à la conclusion qu'il n'y a aucune façon de se défendre — lorsque l'abus est intentionnel — sans recourir à la Charte des droits et libertés. Nous n'avons individuellement aucune capacité de faire respecter les droits que nous confère la Charte. Nous n'avons aucun pouvoir.

À l'heure actuelle, je suis touché par quelque chose qui a eu des répercussions financières continues. J'ai subi 16 ans de litiges. Cela a miné ma santé, physique et mentale, de sorte que maintenant, j'ai vraiment un problème qui figure dans le DSM-IV.

Il fallait que j'obtienne gain de cause à certains échelons, et je l'ai fait. Chaque fois qu'on tranchait en ma faveur, ils semblaient recourir à des méthodes toujours plus sales, à un point tel que plusieurs personnes se sont intéressées à mon cas, y compris un ombudsman et des députés provinciaux, en raison de ce qui se passait, et j'ai gagné mon appel en 1996.

Quand j'étais plus jeune, j'ai eu des problèmes. J'ai consulté, et je ne me rappelle pas précisément pour quelle raison, c'était peut-être pour une dépression ou quelque chose comme cela. Toutefois, on n'a jamais conclu à un problème biologique ou biochimique ou à un trouble de la personnalité, sauf qu'on a déterminé que j'en avais une. J'ai également utilisé ma personnalité passionnée pour expliquer mes succès sur les chantiers navals.

Les choses se sont poursuivies, jusqu'au point où la commission des accidents du travail présentait mon cas de manière inexacte pour ne pas avoir à m'indemniser, où elle déclarait avoir élaboré un programme de réadaptation, ce qui n'était pas le cas, et j'ai porté cela à l'attention de personnes à l'extérieur de l'organisation ainsi qu'à l'ombudsman interne.

This took another four years, until it got to the point where a director inside the workers' compensation board blew the whistle. She told me personally that she could not, ethically, stand for the way they had treated my claim and the damage they had done to me. She has since gone off sick leave and retired, I believe.

This brought about in 2000 an intervention in my situation, the second in the history of the Workers' Compensation Board of British Columbia, whereby the CEO at the time used a special mandate to stop the destruction of my mental and physical health and also — because they did not restrain me — to set the pension, and he fixed the claim up. I got lots of apology letters, and I am in receipt right now of a pension that I am sure they are probably working on this very minute to undo.

Since that time, the vice-president who was left to deal with the situation and corporate planning people have been trying to create a vocational plan in order for me to focus on something else in life and regain some kind of life outside the WCB, as the workers' compensation board officials had become the predominant people in my life.

When you are involved in workers' compensation, the effects, of course, run through the medical system. I have had eight surgeries. The chronic pain assessment was done in 2000. Consequently, it moved into an area that has been referred to in many places as prejudicial fishing trips into somebody's past to see if there are any pre-morbid factors, as they say, and if they find anything, God help you.

They hired an external psychologist to do a very gruelling assessment of every aspect of your life that can take up to eight, ten hours. They pull information from everywhere.

Just as a footnote, up to that point, the year 2000, they had continually left information on my file lying around. I guess maybe they were thinking I was planning to make a claim for psychological damages, so they pulled all the information, left it on top of the file for over six years — without making an adjudication — for every claims handler, everybody who picked up my file, to see.

The isolation that comes with discrimination is much more serious and the cost to the individual is extremely high. I cannot access my Charter rights. I am trying to, but it will take \$300,000 and a legal team to do it. They have a full legal team and they pull money out of the accident fund in order to defend their erroneous actions, which I will explain in a minute.

When they do an assessment for chronic pain, as I have mentioned, they go into your psychological past. I had seen a psychiatrist, and that was my choice, and I did not feel that there

Cela a duré encore quatre ans, jusqu'à ce qu'une directrice de la commission des accidents du travail dénonce la situation. Elle m'a avoué qu'elle ne pouvait pas, en toute bonne conscience, supporter la façon dont on avait traité ma demande, et le préjudice qu'on m'avait causé. Depuis, je crois qu'elle est partie en congé de maladie, et qu'elle a pris sa retraite par la suite.

Cela a mené, vers 2000, à une intervention dans mon dossier, la deuxième dans l'histoire de la commission des accidents du travail de la Colombie-Britannique, au cours de laquelle le PDG de l'époque a utilisé un mandat spécial pour mettre un terme à la destruction de ma santé mentale et physique et — puisqu'on ne m'a pas offert de recyclage — pour établir la pension, et il a rétabli la situation. J'ai reçu de nombreuses lettres d'excuses, et je touche actuellement une pension. Je suis certain qu'ils s'affairent probablement à trouver un moyen de me la retirer.

Depuis ce temps, le vice-président à qui l'on a confié mon dossier ainsi que les responsables de la planification organisationnelle tentent d'élaborer pour moi un plan de formation professionnelle pour que je puisse m'attacher à quelque chose d'autre dans la vie, et recommencer à vivre ma vie sans avoir affaire à la commission des accidents du travail, dont les agents étaient devenus les principales personnes dans ma vie.

Quand vous avez des liens avec la commission des accidents du travail, les effets, bien sûr, touchent le système médical. J'ai subi huit interventions. La conclusion relative à la douleur chronique a été tirée en 2000. Par conséquent, mon dossier a fait l'objet d'un processus que d'aucuns qualifient de « partie de pêche aux éléments préjudiciables », au cours duquel on fouille dans votre passé pour trouver ce qu'ils appellent des facteurs antérieurs à l'état morbide. Et s'ils trouvent quelque chose, que Dieu vous garde.

Ils embauchent un psychologue externe et le chargent de procéder à une évaluation approfondie de tous les aspects de votre vie; cela peut prendre jusqu'à huit ou dix heures. Ils vont chercher de l'information partout.

Je tiens à vous signaler, entre parenthèses, que jusqu'en 2000, on laissait continuellement traîner de l'information sur mon dossier. Je suppose qu'ils s'attendaient peut-être à ce que je présente une demande d'indemnisation pour détresse émotive, alors ils ont extrait toute l'information et l'ont laissée sur le dessus de mon dossier pendant plus de six ans — sans trancher — pour que chaque agent de traitement des demandes, pour que quiconque prend mon dossier, voie l'information.

L'isolement qui accompagne la discrimination est beaucoup plus grave, et le coût assumé par la personne est extrêmement élevé. Je ne peux faire respecter les droits que me confère la Charte. J'essaie de le faire, mais il me faudrait 300 000 \$ et une équipe de juristes. La commission dispose d'une équipe juridique complète, et ils financent la défense de leurs actions fautives à même la caisse des accidents, chose que j'expliquerai dans un instant.

Lorsqu'on procède à l'évaluation de la douleur chronique, comme je l'ai déjà mentionné, on passe votre passé psychologique au peigne fin. J'avais consulté un psychiatre, et c'était mon choix,

was anything wrong with that, as opposed to talking to friends or family or whatever. I felt it was good to get somebody from the outside to look at the situation. None of this ever had any effect on my ability to obtain work, to maintain work, or anything like that, and that is well evidenced in the file and in my life history.

Therefore, there was a big to-do to get this assessment done. The director who blew the whistle on the board's attitude towards me told me what they used to call me in private meetings, and I probably cannot say the words here. It was probably the worst situation that you could imagine, knowing that these people are in power and can literally cut off your income and put you out on the street.

They finally got their chronic pain assessment and it did not come back with the results they wanted. It did not come up with any pre-morbid conditions, and in fact, to quote it almost directly, "There was nothing in any way in Darrell's past that comes anywhere close to the injuries and his dealings with the WCB as affecting his current psychological status."

As I said, apologies were given to me. On the same day I was having surgery on my knee, the vice-president of the workers' compensation board told an MLA that I was incurably mentally ill and would always suffer from stress, and he withheld the very report that they hired an outside person to produce, a report that said the opposite.

Now we head into the area of what do you do at that point? Then I realized — I actually had some indication in the past four or five years — what had happened. I only found out about it recently, since 2002, because of the condescension. I started to realize the way they were talking to me was meant to get me to go along with rewriting history — oh, some people just seem to have more trouble than others going through the process — and they started to, what I call set me up. I was suspicious as it was, and by this time, the president who had intervened was gone from the picture, or almost, and he was not made aware of what was going on by the vice-president or the head of corporate planning.

In 2000, they gave me my pension. They put the claim into the "sensitive claim" area, with rape victims and other claims of that sort, because I, indeed, was a victim of the compensation board itself. It is an embarrassment to them. They have since pulled it out rather than have to explain why the file was in that area.

In 2000, the Campbell government eviscerated the WCB and brought about some pretty drastic changes to the act, and one of them was the reclaiming of CPP benefits from injured workers' disability benefits.

To put it in its worst context, if you get \$600 from CPP disability until you are age 65, and you are getting \$300 from the

et je n'y voyais rien de mal, rien de différent du fait de parler à des amis, à des parents ou à quelqu'un d'autre. J'estimais que c'était une bonne idée de demander à une personne neutre d'examiner la situation. Rien de tout cela n'a jamais influé sur ma capacité de trouver du travail, de conserver un emploi ou autre chose du genre, comme en témoignent clairement mon dossier et mes antécédents.

Il y a donc eu beaucoup de pressions pour que l'on procède à cette évaluation. Le directeur qui a dénoncé l'attitude de la commission à mon égard m'a dit comment on m'appelait à l'occasion de réunions privées, et je ne peux probablement pas répéter ces mots ici. C'était probablement la pire situation imaginable : savoir que ces gens ont le pouvoir de vous enlever votre revenu et de vous mettre à la rue.

Ils ont enfin obtenu leur évaluation de la douleur chronique, et le résultat ne correspondait pas à leurs attentes. On n'a cerné aucun facteur antérieur à l'état morbide. De fait, pour citer presque textuellement le rapport : « Aucun élément du passé de Darrell n'influe sur son état psychologique à la suite des blessures qu'il a subies et de ses démarches auprès de la commission. »

Comme je l'ai déjà dit, j'ai reçu des excuses. Le jour même où je me faisais opérer aux genoux, le vice-président de la commission des accidents du travail affirmait à un député provincial que je souffrais d'une maladie mentale incurable et que je souffrirais toujours du stress, omettant de mentionner le rapport que la commission avait demandé à un intervenant à l'externe de produire, un rapport qui disait le contraire.

Ce qui nous amène à la question suivante : que reste-t-il à faire? J'ai ensuite compris — j'avais cerné des indices au cours des quatre ou cinq dernières années — ce qui s'était passé. Je n'ai compris cela que tout récemment, en 2002, en raison de l'attitude condescendante de la commission. J'ai commencé à comprendre qu'ils me parlaient d'une certaine façon afin que j'accepte qu'on récrive l'histoire — oh, certaines personnes semblent éprouver plus de difficulté que les autres avec le processus — et ils ont commencé, je dirais, à me tendre un piège. J'étais déjà méfiant, et, à ce moment-là, le président qui était intervenu ne se mêlait plus de l'affaire, ou presque, et ni le vice-président, ni le chef de la planification organisationnelle ne l'ont mis au courant de ce qui se passait.

En 2000, la commission m'a donné ma pension. On a classé mon dossier dans les « dossiers délicats », avec les victimes de viol et autres dossiers du genre, car, effectivement, j'étais victime de la commission elle-même. C'est embarrassant pour eux. Ils ont préféré retirer mon dossier de cette section pour ne pas avoir à expliquer pourquoi il y était.

En 2000, le gouvernement Campbell éviscérerait la commission des accidents du travail et apportait des changements assez fondamentaux à la loi, et l'un de ces changements concernait le recouvrement des prestations du RPC à même les prestations d'invalidité de travailleurs accidentés.

Dans le pire des cas, si vous touchez 600 \$ de prestations d'invalidité du RPC jusqu'à l'âge de 65 ans, et vous recevez

compensation board, they take half of your CPP, so in a sense, they are not paying for your compensation at all. It is CPP.

In 2002, they issued a letter of consent for third-party information and I would not sign it. At that point, I realized that there was no internal protocol, which they were told to create, for dealing with my file so that I did not have to continually fight with every person that came across that file. Consequently, somebody picked it up and sent me one of these letters to authorize a free flow of information between CPP and WCB, but they also asked for a free flow for a third party. CPP, when I phoned them in Ottawa, said that no, they were not involved in that. That is something that WCB is doing on its own. They get their own information.

That shows the political mood of what has gone on with WCB in the province of B.C.

The Chairman: Darrell?

Mr. Powell: I refused to sign —

The Chairman: I want to make sure we have time to hear both Helen Hook and to ask you questions, so can you summarize by telling us where you are right now?

Mr. Powell: Okay. I will wind it up.

In 2000, I was threatened with a vendetta by somebody at the WCB. This prompted me to try and follow through on the protocol and get them to put it on paper, because they did not do it internally. In the process of doing that protocol, getting that written up by the vice-president, the mental health issues were opened up. I tried to get them to put on paper once and for all that there were no pre-morbid factors, and they would not do it.

Consequently, as it sits now, I am left with extremely bad health, a heart condition, and I have ground the teeth out of my head, which they have admitted and paid for, but when it came to internally or anybody else outside the WCB, they used this what I call “rainy day syndrome.”

“Say he had pre-morbid conditions to anybody else who asks outside the WCB and internally,” explaining to their own officers why they are doing some things the way they are. Therefore, they do not have to admit they made a mistake. It works very well. They have enough power to pull it off.

Therefore, I have made myself available to this committee and I intend to hang around, and I realize that this story is complex. I have brought an affidavit from the MLA involved, and I consider

300 \$ de la commission des accidents du travail, ils prennent la moitié de ce que vous verse le RPC, de sorte que, d’une certaine façon, ils ne vous versent aucune indemnisation. C’est le RPC qui le fait.

En 2002, ils m’ont envoyé une lettre de consentement pour l’obtention de renseignements auprès d’un tiers, et j’ai refusé de la signer. À ce moment-là, j’ai compris qu’il n’existait aucun protocole interne pour orienter le traitement de ma demande — et on leur a ordonné d’en créer un — afin que je n’aie pas à le justifier continuellement auprès de chaque personne qui tombe sur ce dossier. Par conséquent, quelqu’un l’a pris en charge et m’a envoyé une de ces lettres afin d’autoriser l’échange d’information entre le RPC et la CAT, mais la lettre demandait également que j’autorise l’échange d’information avec un tiers. Quand j’ai téléphoné au RPC à Ottawa pour m’informer, on m’a répondu que le RPC ne faisait pas cela. C’est quelque chose que la CAT faisait elle-même. Elle se charge elle-même de trouver des renseignements.

Cela décrit la conjoncture politique dans laquelle évolue la CAT dans la province de la Colombie-Britannique.

Le président : Darrell?

M. Powell : J’ai refusé de signer...

Le président : Je veux veiller à ce que nous ayons suffisamment de temps pour entendre Helen Hook et vous poser des questions; pourriez-vous terminer en nous disant où vous en êtes maintenant?

M. Powell : D’accord. Je vais conclure rapidement.

En 2000, un membre de la CAT a menacé de lancer une vendetta contre moi. Cela m’a incité à tenter de donner suite au protocole et à pousser la commission à accoucher du protocole sur papier, car cela n’avait pas été fait à l’interne. Au moment d’établir ce protocole, de veiller à ce que le vice-président en rédige un, on a soulevé la question de la santé mentale. J’ai tenté de convaincre la commission d’écrire, noir sur blanc, une fois pour toutes, qu’il n’y avait pas de facteurs antérieurs à l’état morbide, et elle refusait de le faire.

Ainsi, je me retrouve dans un état de santé extrêmement médiocre, avec un problème cardiaque, et j’ai grincé des dents jusqu’à ne plus en avoir — chose que la commission a reconnue et indemnisée —, mais lorsque quelqu’un, à l’interne ou n’importe qui d’autre à l’extérieur de la CAT, posait des questions, la commission entre en « mode préventif ».

« Si quelqu’un à l’extérieur de la CAT ou à l’interne vous pose des questions, dites qu’il y avait des facteurs antérieurs à l’état morbide. » La Commission expliquait à ses agents pourquoi ils faisaient certaines choses d’une certaine façon. Par conséquent, ils n’avaient pas à admettre qu’ils avaient commis une erreur. Cela fonctionne très bien. Ils ont assez de pouvoir pour se le permettre.

Par conséquent, je me suis mis à la disposition de votre comité, et je compte rester quelque temps, et je comprends que mon histoire est complexe. Je vous ai apporté un affidavit du

everything I am saying to be under oath. I am also willing to give access to any of my personal information with the government in B.C. or the workers' compensation board.

I do not expect to win this case. They have money, and I have \$60,000, a hole in my heart and a large aneurysm, and I almost bit my tongue off a month ago, so I do not expect to get through this. I do not expect to make it through. I am not worried about the money.

To finish off, I think that you have to decriminalize being mentally ill, and misdiagnosis or wrong diagnosis should be dealt with in a much more serious fashion. I think the exclusion that people have, if they are an insurance company or a benefit provider, that you cannot bring a case of discrimination against them should be removed from the Charter.

The government, especially the Government of B.C., will not do this out of goodwill. They will hold on to their power in the province. In fact, they are trying to separate further from Ottawa, but one thing I found in the law is that they have to abide by federal initiatives. It is right in the act.

Therefore, there is the answer. It has to be a federal initiative in order to do something here, because they will not do it. There is no way the Province of B.C. will change the way they deal with mental health issues for the workers' compensation board or the social welfare system in British Columbia. There is no way that they will do it. No goodwill will prevail.

The Chairman: Thank you, Darrell. I thank you very much for coming to tell us this story.

I should say two things to my colleagues: I first heard about Darrell's story when he wrote me a long letter; and secondly, my office has subsequently had a number of other letters, submissions and phone calls from people who have suffered, effectively, a form of discrimination at the hands of WCBs in various provinces. As a result, at one of our April hearings, we will have a panel consisting of the chairs of three different provincial WCB organizations.

The second issue that Darrell raised is one that has troubled me for a long time with respect to social programs in general, which is the tendency of a provincial government to claw back money that the federal government contributes. It is a reasonable assumption that we will be addressing that issue directly in our report, and also I think it is important for us to note Darrell's point, that in the end, the discriminatory issues need to be handled legislatively at the federal level, as opposed to leaving it up to each individual province.

Thank you very much for coming all this way, Darrell. Finally this morning we have Helen Hook, who is the Coordinator of the Consumer/Survivor Information Resource Centre here in Toronto.

député provincial concerné, et je considère mon témoignage d'aujourd'hui comme une déclaration sous serment. Je suis également disposé à fournir l'accès à tous mes renseignements personnels détenus par le gouvernement de la Colombie-Britannique ou la commission des accidents du travail.

Je ne m'attends pas à obtenir gain de cause. Ils ont de l'argent, et j'ai 60 000 \$, un trou dans le cœur et un gros anévrisme, et je me suis presque coupé la langue avec mes dents il y a un mois, alors je ne m'attends pas à survivre à tout cela. Je ne m'attends pas à traverser cette épreuve. Ce n'est pas une question d'argent.

Pour finir, je crois qu'il faut décriminaliser la maladie mentale, et prêter une attention beaucoup plus marquée aux erreurs de diagnostic ou aux diagnostics erronés. Je crois qu'on devrait éliminer de la Charte la disposition prévoyant qu'on ne peut intenter des poursuites pour discrimination contre une compagnie d'assurance ou un fournisseur de prestations.

Le gouvernement, en particulier celui de la Colombie-Britannique, ne fera pas cela de bonne foi. Il s'accrochera à son pouvoir dans la province. De fait, il tente de se distancer davantage d'Ottawa, mais j'ai constaté, dans la loi, que le gouvernement est tenu de se conformer aux initiatives fédérales. C'est prévu dans la loi.

C'est donc ça, la solution. Il faudra une initiative fédérale pour changer les choses ici, car la province ne le fera pas. La province de la Colombie-Britannique ne va d'aucune façon changer la façon dont elle traite les questions de santé mentale dans le cadre de la commission des accidents du travail ou du système d'aide sociale de la province. Il n'est pas question qu'elle fasse cela. Ce n'est pas la bonne foi qui va l'emporter.

Le président : Merci, Darrell. Je vous remercie beaucoup d'être venu nous raconter votre histoire.

J'aurais deux choses à dire à mes collègues : j'ai pris connaissance de l'histoire de Darrell dans une longue lettre qu'il m'a fait parvenir; et deuxièmement, mon bureau a par la suite reçu un certain nombre de lettres, de mémoires et d'appels téléphoniques de personnes qui ont été victimes d'une forme de discrimination de la part de la commission des accidents du travail de diverses provinces. Par conséquent, à l'occasion de l'une de nos audiences en avril, nous accueillerons un groupe constitué de présidents de trois CAT provinciales différentes.

La deuxième question soulevée par Darrell en est une qui me trouble depuis longtemps à l'égard des programmes sociaux en général, c'est-à-dire la tendance des gouvernements provinciaux à récupérer les sommes que fournit le gouvernement fédéral. On peut raisonnablement s'attendre à ce que cette question soit abordée directement dans notre rapport, et je crois également qu'il est important pour nous d'examiner le point soulevé par Darrell, selon lequel, au bout du compte, il faut résoudre les problèmes de discrimination au moyen de dispositions législatives fédérales au lieu de laisser chaque province s'en occuper.

Merci beaucoup d'avoir fait tout ce chemin pour témoigner, Darrell. Enfin, nous accueillons ce matin Helen Hook, coordonnatrice du Consumer/Survivor Information Resource Centre, ici même à Toronto.

Ms. Helen Hook, Coordinator, Consumer/Survivor Information Resource Centre: Thank you, Mr. Chairman. The Consumer/Survivor Information Resource Centre is just what it sounds like. It is an information centre, a resource centre. We started in 1992. We are peer-oriented, consumer-oriented. The staff, the volunteers and the clients are all people who have had contact with the mental health system and/or the addiction system.

When we started in 1992, we were at PARC, the Parkdale Activity Recreation Centre that was, and still is, the hub of a lot of community activity. We are funded by the Ministry of Health and Long-Term Care. We moved around a little after 1992, but we have been where we are now since 1999. We are on the third floor of a house at 252 College Street. We are there through the generous support of the Community Support Research Unit at CAMH, the Centre for Addiction and Mental Health.

Their generosity means that we are saving \$1,100 a month in rent that we used to pay, but it also means that we are on the third floor, so we are not as accessible as before; we are not a street-front, a store-front operation. People who are not able to go up three flights of stairs cannot get to us. We can go down to them and meet at the hospital next door.

We provide peer support, outreach, information and a resource centre. We have films, books and pamphlets. We collect and disseminate information. We put out a bulletin twice a month, that is, this newsletter, and I like to think we can take some credit for you receiving 500-plus responses, because in our December 1 bulletin, we put out the press release that the Kirby commission was looking for feedback, and people were calling saying, "How do I get it? How do I get it? I am not on the Internet. How do I get it?" We actually included it in the December 15 bulletin. We took a couple of pages of our 10-page bulletin and said, "If you cannot get on the Internet, here it is," and the most recent one, for February 15, actually contains the schedule.

The Chairman: Thank you.

Ms. Hook: Here is our little pamphlet.

I am afraid I will be one of those repetitive, annoying speakers who say some of what you have heard before. I know that it is important and bears repetition, and I know that you will forgive me, because having read the reports that came out in November, I also know that a lot of it is pretty close to your hearts.

I was not around during your first round of hearings. I was at home. I was home for three and a half years with depression. I only left my house to visit doctors and psychiatrists. I was home

Mme Helen Hook, coordonnatrice, Consumer/Survivor Information Resource Centre : Merci, monsieur le président. Comme son nom l'indique, le Consumer/Survivor Information Resource Centre est un centre d'information, un centre de ressources. Nous avons lancé nos activités en 1992. Nos activités sont axées sur les pairs, sur le consommateur. L'ensemble du personnel, des bénévoles et des clients sont des gens qui sont passés par le système de soins de santé mentale ou par le système de soins aux toxicomanes.

À nos débuts, en 1992, nous étions au PARC, c'est-à-dire le Parkdale Activity Recreation Centre, qui était un important carrefour d'activités communautaires, et il l'est toujours. Nous bénéficions d'un financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Nous nous sommes déplacés un peu après 1992, mais nous sommes au même endroit depuis 1999, c'est-à-dire au troisième étage d'une maison située au 252, rue College. Nous sommes là grâce au généreux soutien de l'Unité de recherche et de soutien communautaire du CTSM, c'est-à-dire le Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Cette générosité nous permet d'économiser les 1 100 \$ par mois de loyer que nous devions payer auparavant, mais cela signifie aussi que nous sommes aussi au troisième étage, et que nous ne sommes pas aussi accessibles qu'auparavant. Nous ne sommes pas dotés d'un local accessible, qui donne sur la rue. Les gens qui ne sont pas en mesure de gravir trois étages d'escaliers ne peuvent se rendre à nous. Nous devons descendre et les rencontrer à l'hôpital, situé juste à côté.

Nous fournissons des services d'entraide, d'approche et d'information, ainsi qu'un centre de ressources. Nous avons des films, des livres et des dépliants. Nous recueillons et diffusons de l'information. Nous publions deux fois par mois le bulletin d'information que voici, et je me plais à croire que nous vous avons aidés à recevoir plus de 500 réponses, car, dans notre bulletin du 1^{er} décembre, nous avons publié le communiqué de presse selon lequel la commission Kirby faisait appel aux commentaires du public. Les gens nous téléphonaient pour dire : « Comment puis-je obtenir le questionnaire? Comment puis-je obtenir le questionnaire? Je ne suis pas branchée à Internet. Comment puis-je l'obtenir? » Nous l'avons publié dans le bulletin d'information du 15 décembre. Nous lui avons réservé deux pages — notre bulletin en compte 10 — et nous avons dit : « Si vous ne pouvez l'obtenir sur Internet, le voici. » Et le plus récent bulletin, celui du 15 février, contient le calendrier.

Le président : Merci.

Mme Hook : Voici notre petit dépliant.

Je crains que vous me compterez parmi ces témoins embêtants qui vous répètent des choses que vous avez déjà entendues. Je sais que le propos est important et qu'il mérite d'être répété, et je sais que vous me pardonnerez, car à la lumière des rapports que vous avez publiés en novembre, je sais également qu'une grande part de mon propos vous tient à cœur.

Je n'étais pas là à l'occasion de votre première série d'audiences. J'étais à la maison. J'ai passé trois ans et demi à la maison, en proie à une dépression. Je ne quittais ma maison que

with no income at all, living on the support of my long-term partner. I was a textbook case, right out of your reports. I was depressed, got sad, got angry and quit my job — no EI.

This had happened to me once before, in 1994, and I appealed to EI. I did not get anywhere. They even phoned my workplace, my former employer, and said, “She says she was depressed. Is that true?” “She did not tell us anything about being depressed,” so my appeal was denied.

Therefore, I had not worked for three and a half years. I am working now. I have been working since October 2004, for just over four months, and I just wanted to remind you, going back to your reports, that the Ontario Medical Association was quoted in section 6.1 as saying that when somebody has been out of work and on disability for six months, there is a 50 per cent chance of them returning to work; when it is one year, there is a 20 per cent chance of them returning to work; and when it is two years, there is a 10 per cent chance of them returning to work. I, and a lot of the people I see who come to the centre or who call, have been off work for a long time or a short time.

I want to tell you a little about why peer support in a back-to-work program is important, and I tend to talk in anecdotes, not statistics, like some of the colleagues that you will hear today or that you have heard already; I tell little stories.

I knew that I could not go back to work on my own. This had happened to me three times before, and I dusted myself off, got myself together, looked in the paper, found a job and went back to work, but I knew it was not going to work for me this time. I looked around for a program and was placed in a back-to-work adjustment program. It sort of worked at first, and then it stopped working, and in fact started to make me feel worse, because I was there for a long time and not doing anything more important at the end of it than at the beginning. It was not developmental.

After I had been there a little less than a year, Diana Capponi became the Client Employment Coordinator at CAMH, the Centre for Addiction and Mental Health. I was on holiday in Hawaii when she first started, so I met with her in May, just short of a year into the program, where I had been for three half-days a week. That meeting with her, instead of my official vocational counsellor, started to change my life.

She got me involved right away with a peer support group, with the client employment work group at the hospital, a group of about 25 people who were mostly professionals, and some clients, whose whole purpose is to try to get clients work. She thought that I was important enough to be there and had something to contribute, and that made me feel really good.

pour voir des médecins et des psychiatres. J'étais à la maison avec aucun revenu, vivant uniquement de l'aide de mon conjoint de longue date. C'était un cas classique, conforme à ceux dont vous faites état dans vos rapports. J'étais déprimée, je suis devenue triste, je me suis mise en colère et j'ai quitté mon emploi — pas d'assurance-emploi.

Cela m'était déjà arrivé, en 1994, et j'ai interjeté appel auprès de l'AE. Cela ne m'a mené nulle part. On a même téléphoné à l'endroit où je travaillais, on a parlé à mon ex-employeur, et on lui a dit : « Elle dit qu'elle était déprimée. Est-ce vrai? » « Elle ne nous a rien dit à ce sujet. » Alors, mon appel a été rejeté.

Par conséquent, je n'ai pas travaillé pendant trois ans et demi. Je travaille maintenant. Je travaille depuis octobre 2004, c'est-à-dire depuis tout juste quatre mois, et je veux seulement vous rappeler, pour revenir à vos rapports, que, dans la section 6.1 se trouve une citation de l'Ontario Medical Association selon laquelle une personne qui se retrouve sans travail et touche des prestations d'invalidité pendant six mois retourne au travail dans 50 p. 100 des cas; après un an, le retour au travail s'effectue dans 20 p. 100 des cas; et après deux ans, dans 10 p. 100 des cas. J'ai été sans travail pendant de longues périodes et de courtes périodes, et c'est le cas d'un grand nombre de personnes qui se présentent au centre ou qui téléphonent.

J'aimerais vous parler un peu de l'importance de l'entraide dans le cadre d'un programme de retour au travail; j'ai tendance à miser non pas sur des statistiques, mais bien sur des anecdotes, tout comme certains des collègues que vous entendrez aujourd'hui ou que vous avez déjà entendus. Je raconte de petites histoires.

Je savais que je ne pouvais retourner au travail par moi-même. Cela m'était déjà arrivé à trois reprises : je me suis ressaisie, je me suis relevée, j'ai regardé dans le journal, j'ai trouvé un emploi et je suis retournée au travail, mais je savais que cela ne fonctionnerait pas cette fois. Je me suis lancée à la recherche d'un programme, et on m'a placée dans un programme d'adaptation en vue de mon retour au travail. Cela a plus ou moins fonctionné au début, et ensuite cela ne fonctionnait plus, et, de fait, je commençais à me sentir pire, car j'étais là depuis longtemps et je ne faisais rien de plus important à la fin qu'au début. Il n'y avait pas de perfectionnement.

J'étais au CTSM, c'est-à-dire le Centre de toxicomanie et de santé mentale, depuis un peu moins d'un an quand Diana Capponi est devenue coordonnatrice à l'emploi des clients. J'étais en vacances à Hawaï quand elle a commencé, alors je l'ai rencontrée en mai, après un peu moins d'un an de participation au programme, à raison de trois demi-journées par semaine. Cette rencontre avec elle, au lieu de ma conseillère en orientation habituelle, a commencé à changer ma vie.

Elle m'a immédiatement inscrite dans un groupe d'entraide, le groupe d'aide à l'emploi des clients de l'hôpital, un groupe d'environ 25 personnes surtout constituées de professionnels et de quelques clients, dont le principal objectif est d'aider les clients à trouver du travail. Elle croyait que j'étais assez importante pour en faire partie, et que j'avais quelque chose à apporter au groupe, et je me suis vraiment sentie valorisée.

This job-seekers support group that she started meets monthly, and you can talk freely there. You can raise an issue and get feedback from multiple sources, the participants, and it is understood there that we are peers; we can accept or reject the feedback from our colleagues because we are equals.

I contrast this with an experience I had with a health professional, my vocational counsellor in my back-to-work adjustment program. I had been in the same voluntary position, as I said, for more than a year, three half-days a week, and I had originally felt satisfied with my placement, as I was getting a lot out of it and the department was getting some valuable assistance from me. Later, I was starting to feel not good because I was not getting to do anything.

Now, it was complicated by the fact that there is a union at the hospital and I was in public affairs, and they could not give me any union work. I was frustrated, and I told my vocational counsellor about my frustration and that I felt they were giving me make-work to do, that there was no developmental progress. I had been an executive director of a small agency previously, I had been a director of marketing at a magazine, and I was frustrated with the level of work, and her response was that it was probably the negativity of my psychiatric condition that was speaking. I felt unheard, unsupported, and that everything was being blamed on my illness and my diagnosis.

It is very hard to ignore this type of feedback or to put it aside as just one person's opinion when it comes from a health professional, and it is really hard to stand up in the face of authority and say, "I want more," particularly when it is a woman, particularly because you are a mental patient and the nature of depression is you have no self-esteem, you do not feel worth it, et cetera. It is only one example of the many reasons why peer-led programs are so important.

First, the peer program for back-to-work support probably would not have placed people in the same agency or department for such long periods of time, but I have now, since I became the coordinator at the info centre, run into many people who have been in the same placement for years. This is supposed to be a program that helps them get back to work. Second, someone in the peer group would have given me support in asking for new or challenging or different work; and three, the comments that were not supportive would not have been so devastating because they would have just been coming from a peer.

Also, the opportunity for networking that comes from a peer group and the role modelling that goes on are important. There are now about 20 people going to those meetings that Diana holds, and two or three of us still go even though we have jobs because we can help the other people.

Ce groupe de soutien aux chercheurs d'emploi qu'elle a lancé se réunit chaque mois, et on peut y parler librement. On peut soulever un point et entendre les commentaires de sources multiples, les participants, et il est convenu que nous sommes des pairs; nous pouvons accepter ou rejeter le point de vue de nos collègues, car nous sommes égaux.

Cela fait contraste avec une situation que j'ai connue avec un professionnel de la santé, ma conseillère en orientation dans le cadre du programme d'adaptation pour le retour au travail. J'ai occupé le même poste bénévole, comme je l'ai déjà dit, pendant plus d'un an, à raison de trois demi-journées par semaine, et, initialement, j'étais satisfaite de ma position, j'en tirais beaucoup, et le service jouissait de mon aide précieuse. Plus tard, j'ai commencé à éprouver du ressentiment, parce qu'on ne me donnait rien à faire.

La situation était d'autant plus compliquée qu'il y a un syndicat à l'hôpital, et que j'étais aux affaires publiques, et qu'on ne pouvait m'attribuer des tâches réservées aux syndiqués. J'étais frustrée, et j'ai fait part de ma frustration à ma conseillère en orientation, et j'avais l'impression qu'on me donnait du travail seulement pour me tenir occupée, que je n'avais pas l'occasion d'acquérir des compétences. J'avais déjà été directrice générale d'une petite agence, j'avais été directrice du marketing d'une revue, et j'étais frustrée du niveau de travail qu'on m'attribuait, et ma conseillère m'a répondu que c'était probablement la négativité imputable à mon état psychiatrique qui parlait. Je ne me suis sentie ni écoutée ni soutenue, et j'avais l'impression que tout était imputé à ma maladie et à mon diagnostic.

Il est très difficile de faire fi de ce type de commentaire ou de se dire que c'est l'opinion d'une seule personne lorsqu'il s'agit de professionnels de la santé, et il est vraiment difficile de se tenir debout devant l'autorité et de dire : « J'en veux plus », en particulier lorsque c'est une femme, en particulier lorsqu'on est un malade mental, et que, par définition, la dépression s'accompagne d'une faible estime de soi, on ne se sent pas digne, et cetera. Ce n'est qu'un exemple des nombreuses raisons qui expliquent pourquoi les programmes d'entraide sont si importants.

Premièrement, le programme d'entraide et de soutien du retour au travail n'aurait probablement pas placé des gens au sein de la même agence ou du même service pendant de si longues périodes, mais c'est mon cas, car je suis devenue coordonnatrice du centre d'information, et je rencontre de nombreuses personnes qui travaillent au même endroit depuis des années. Ce programme est censé aider les gens à retourner au travail. Deuxièmement, un membre du groupe d'entraide m'aurait soutenue lorsque j'aurais demandé un nouveau poste, un travail plus stimulant, ou un travail différent; et troisièmement, les commentaires négatifs n'auraient pas eu un effet aussi dévastateur, car ils auraient été prononcés par un égal.

De plus, l'occasion de nouer des relations que procure un groupe d'entraide, ainsi que les modèles de comportement qu'on y trouve, sont importants. Environ 20 personnes prennent part aux réunions que tient Diana, et deux ou trois d'entre nous nous y rendons même si nous avons un emploi, car nous pouvons aider les autres.

A person who was there at the last one was talking about how important it was to put down every skill you have on your resume, and she tossed off this flippant comment about how she once got a job based on the fact that she put that she knew Maximizer on her resume. She was told that, "You have got this job because you are the only one and we use this program." Well, wouldn't you know, two weeks ago, somebody called me, saying, "I need somebody who knows Maximizer to teach it to my staff." I put them in touch and now she has some contract work, helping to train the staff of this little agency on Maximizer, and I wanted to remind you that peer support should be built into everything. I want to remind you of that international slogan, "Nothing about us without us."

Employment training supports have to have consumer input built into the design, and I want to tell you about a program, and I do not want to use the name — even though I really do — but it is in Etobicoke. It is a workplace training program in Etobicoke. We do not have bus tickets to get to Etobicoke. We do not want to go to Etobicoke. If consumers/survivors had their way, it would not be in Etobicoke, by Sherway Gardens. It would be downtown, where we are.

It runs from 8:00 to 3:00. Lots of us have problems with drugs. We have insomnia or we take drugs that leave us groggy in the morning. We do not get up. I do not want to generalize. Some of us do get up — I get up — but lots of us have problems with medications and mornings are not a good time. If we were designing it, it would start later and finish later, but the staff members for that program live out of town and they want to leave early, before the rush hour. That is a program that is designed around the staff needs, not the client needs.

The attitudes of some mental health workers keep us down — the diminished expectations. People keep telling us to get a little job. My own vocational worker said, "Get a little job so that it is not too stressful for you, Helen."

The part-time assistant at the info centre is on maternity leave and I was trying to hire somebody to replace her. Other vocational programs sent the resumes of a national sales manager and a computer whiz to do part-time administrative work in a little one-and-a-half person office.

The same kinds of things have been said about mental health workers, this attitude that some of them have of the "us" and the "other" — even the people who are supposed to be on our side. Three of us were standing together at a conference, and there were a lot of union members there who, because of their own union agenda, tried to make mental patients sound even worse. They

Une personne qui assistait à la dernière réunion parlait de l'importance d'indiquer toutes ses compétences dans son curriculum vitae, et elle a ajouté, en toute désinvolture, qu'elle avait décroché un emploi simplement parce qu'elle avait indiqué sur son curriculum vitae qu'elle connaissait le logiciel Maximizer. On lui a dit : « Vous avez décroché cet emploi parce que vous êtes la seule, et que nous utilisons ce logiciel. » Eh bien, comme par hasard, il y a deux semaines, une personne m'a téléphoné et m'a dit : « J'ai besoin d'une personne qui connaît Maximizer et qui pourrait montrer à mon personnel comment l'utiliser. » Je les ai mis en contact, et maintenant elle travaille à contrat, elle aide à former le personnel de cette petite agence sur l'utilisation de Maximizer, et je voulais vous rappeler que l'entraide devrait être intégrée à tout. Je tiens également à vous rappeler le thème de la campagne internationale : « Rien sur nous sans nous ».

Le soutien à la préparation à l'emploi doit être conçu à la lumière des commentaires des consommateurs, et je veux vous parler d'un programme, et je ne veux pas utiliser le nom — même si j'en ai vraiment envie, mais c'est à Etobicoke. C'est un programme de formation en milieu de travail offert à Etobicoke. Nous n'avons pas de billets d'autobus pour nous rendre à Etobicoke. Nous ne voulons pas nous rendre à Etobicoke. S'il n'en tenait qu'aux consommateurs/survivants, le programme ne serait pas dispensé à Etobicoke, à proximité de Sherway Gardens. Il serait offert au centre-ville, là où nous sommes.

Les activités ont lieu de 8 heures à 15 heures. Nombre d'entre nous avons des problèmes avec les médicaments. Nous souffrons d'insomnie ou nous prenons des médicaments qui nous laissent un peu sonnés le matin. Nous ne nous levons pas. Je ne veux pas généraliser. Certains d'entre nous se lèvent — moi je me lève —, mais beaucoup d'entre nous éprouvons des difficultés avec les médicaments, et le matin n'est pas un moment propice. Si nous avions conçu ce programme, il commencerait plus tard et finirait plus tard, mais les membres du personnel de ce programme ne vivent pas en ville, et ils veulent partir tôt, avant l'heure de pointe. Le programme est conçu en fonction des besoins non pas des clients, mais bien du personnel.

L'attitude de certains travailleurs en santé mentale nous empêche de progresser — ils ont peu d'attentes. On nous dit constamment de trouver un emploi peu exigeant. Ma conseillère en orientation m'a dit : « Helen, trouve-toi un petit emploi qui ne sera pas trop stressant. »

L'adjointe à temps partiel au centre d'information est en congé de maternité, et j'essayais d'embaucher quelqu'un pour la remplacer. D'autres programmes de formation professionnelle nous ont acheminé le curriculum vitae d'un directeur national des ventes et d'un génie de l'informatique pour faire du travail administratif à temps partiel, dans un petit bureau pouvant accueillir une personne et demie.

Le même genre de choses a déjà été dit des travailleurs en santé mentale, cette attitude qu'ont certains d'entre eux à faire la distinction entre « nous » et les « autres » — même les gens qui sont censés être dans notre camp. Trois d'entre nous étions ensemble à une conférence, et il y avait un grand nombre de travailleurs syndiqués qui, pour servir les intérêts de leur syndicat,

want more money, more danger pay, so they try to make us sound worse, inpatients especially, so that they get more pay, more staff on each shift, shorter shifts and longer breaks, et cetera. That is a problem.

At this same conference, three of us were standing together talking about the negative stereotypes around, such as, if you hire consumer/survivors, they will only be absent all the time, because everybody knows they will just get sick and stay off work. We were talking about how that is not true, that when finally somebody gives us a chance at a job, we just work like crazy and try so hard. This person who is supposed to be on our side says, "They do not even get the flu like the rest of us," and mental patients are there. They do not get the flu.

The same sort of thing happens when we talk about clients in the workplace. The client calls and says, "I have to make sure that when I get a job, it is within my disability and the kind of job that will not make me sick."

I see the stigma and discrimination, so my recommendation for the national inclusiveness campaign that you have talked about is it has to be also within the mental health system, within the health system in general. You have talked about an inclusiveness campaign that the federal government can promote and I am just adding my two cents' worth. Employment, small business, is federal, so you can have a big impact there. You can create incentives for the businesses, like OCAB, and alternative businesses. Industry and HRSDC are federal departments. You can make that happen.

Mental patients are all of us, you know. We are you. It is similar, I think, to the lesbian and gay scene a few years ago. We are everywhere, but people do not necessarily realize it. It is like the "coming out" issue in some cases; 10, 20 years ago, people did not even realize they knew a lesbian or a gay. "Well, I do not know any. I am sure they are fine, but I do not know any." It is the same thing at work, at home, with your neighbours, your nieces, nephews and children — you know. You all do, we all do, and when it is safer to come out, you will be surprised at how many you do know.

The Chairman: Thank you, Ms. Hook, and thanks to all of you for your comments. We have time for a couple of questions, but let me just make one observation.

I think when we began this work — let me speak for myself — certainly, when I began this work, while I fully understood the extent of stigma and discrimination in the community at large, I was under the naive assumption that people in government, whether in agencies that paid money or that offered services, and people in general, if they were in for-profit or not-for-profit

tentaient de brosser un portrait encore plus négatif des malades mentaux. Ils veulent plus d'argent, des primes de danger accrues, alors ils tentent de nous présenter sous un jour défavorable, surtout les malades hospitalisés, en vue d'obtenir plus d'argent, plus de personnel sur chaque quart de travail, des quarts de travail plus courts et des pauses plus longues, et cetera. C'est un problème.

À l'occasion de cette conférence, trois d'entre nous étions en train de converser au sujet des stéréotypes négatifs comme : « Si vous embauchez un consommateur/survivant, il sera toujours absent, car tout le monde sait que ces gens tomberont malades et ne travailleront pas. » Nous parlions du fait que ce n'est pas vrai, que lorsqu'on nous donne enfin la chance de travailler, nous nous démenons et travaillons si dur. Cette personne qui est censée nous aider dit : « Ils n'attrapent même pas la grippe comme nous », et ils le disent en présence de la personne visée. Ils n'attrapent pas la grippe!

La même chose se produit lorsque nous parlons des clients en milieu de travail. Le client téléphone et dit : « Je dois m'assurer, lorsque je trouverai un emploi, que les fonctions sont compatibles avec mon invalidité, et qu'il s'agit d'un travail qui ne me rendra pas malade. »

Je vois la stigmatisation et la discrimination, alors je recommanderais que la campagne nationale sur l'intégration dont vous avez parlé soit menée également au sein du système de soins de santé mentale, du système de soins de santé en général. Vous avez parlé d'une campagne sur l'intégration que le gouvernement fédéral pourrait promouvoir, et j'en profite pour mettre mon grain de sel. L'emploi et la petite entreprise sont des compétences fédérales, alors vous pourriez avoir un impact important à cet égard. Vous pourriez offrir des indicateurs aux entreprises, tout comme le fait l'OCAB, et aux entreprises parallèles. Industrie Canada et RHDCC sont des ministères fédéraux. Vous avez le pouvoir de faire cela.

Les malades mentaux sont parmi vous, vous savez. Nous sommes vous. Cela ressemble, je crois, à la situation des gais et lesbiennes, il y a quelques années. Nous sommes partout, mais les gens ne s'en aperçoivent pas nécessairement. C'est analogue à la « sortie du placard », dans certains cas; il y a 10 ou 20 ans, les gens ne savaient même pas qu'ils connaissaient une lesbienne ou un homosexuel. « Eh bien, je n'en connais aucun. Je suis certain que ce sont de bonnes personnes, mais je n'en connais aucun. » C'est la même chose au travail, à la maison, avec vos voisins, vos nièces, vos neveux et vos enfants — vous savez. Vous en connaissez tous, nous en connaissons tous, et lorsque ce sera moins dangereux de se révéler, vous serez étonnés d'en connaître un si grand nombre.

Le président : Merci, madame Hook, et merci à vous tous de vos commentaires. Nous avons le temps de poser quelques questions, mais laissez-moi seulement formuler un commentaire.

Je crois que, quand nous avons commencé ces travaux — je ne parle que pour moi — certainement, quand j'ai commencé ces travaux, même si j'étais pleinement conscient de l'ampleur de la stigmatisation et de la discrimination dans l'ensemble de la collectivité, je tenais pour acquis, naïvement, que les gens au gouvernement, que ce soit au sein d'un organisme qui verse de

organizations providing service to the mentally ill, did not hold the same kind of discriminatory attitudes that I felt were pretty rampant in the public at large. The striking comment from the four of you this morning is that — and I say this with great regret — discrimination is alive and well among precisely the group of people who are providing services, and that has to be about as discouraging a situation, from your point of view, as I can imagine. I thank all of you very much for giving us that information.

Senator Keon: First, let me acknowledge what a tremendous presentation this was collectively, just looking at the issues that you have covered, including full integration, as Diana said, or alternative businesses. You touched on the federal workplace and problems there, the fact that there is no after-care when you leave an institution and you fall off a cliff. You spoke of stigmatization, traumatization, and the need for peer groups and for programs to meet the client needs rather than the staff needs.

I cannot ask questions on all of that or we would be here all day, so I will turn to you, Diana, since you were first. This is not discrimination, okay? I was very interested in your concept of full integration, which, by the way, we are all grappling with and trying to find a way to describe such a program.

The problem is so many components are missing at the present, and certainly the institutional sector cannot provide the care that people need. People need care in the community, as Ms. Hook said, not 30 miles, 40 miles out of town somewhere; and people need, as far as I can tell, community resources as well as professional health resources and some kind of integration of those.

Perhaps, Diana, you could talk about how, if you were queen of the world, you would design a system that integrates the institutional sector, the community sector, the primary health care sector and all the other components that one can think of. Would you like to expand on that?

Ms. Diana Capponi: A lot of people refer to me as “the queen.”

I go back to some of the basics. Full integration buys respect, understanding, consideration, and I think some of our society's attitudes are so ingrained as a result of years and years of mental illness, mental health, being under the covers, that both institutional staff and inpatients suffer from some element of institutionalization.

Mental health is not on the agenda and is not talked about. It still remains one of those taboo subjects, and I feel in order for people to fully integrate into our society, we all have to acknowledge our own elements of mental “mal-health,” so to speak.

l'argent ou qui dispense des services, et que les gens en général, s'ils travaillaient pour un organisme à but lucratif ou sans but lucratif fournissant des services aux personnes souffrant de troubles psychiques, n'affichaient pas les mêmes attitudes discriminatoires qui, selon moi, étaient plutôt courantes au sein du grand public. Ce qui m'a le plus frappé de vos quatre témoignages ce matin, c'est que — et je constate ceci avec beaucoup de regret — la discrimination se porte très bien au sein de ce groupe de personnes qui dispensent des services, et c'est probablement, pour vous, la situation la plus décourageante que l'on puisse imaginer. Je tiens à vous remercier tous de nous avoir fourni cette information.

Le sénateur Keon : Premièrement, laissez-moi seulement vous féliciter tous de ce fantastique exposé; vous avez abordé une foule d'enjeux, y compris l'intégration complète, comme l'a signalé Diana, ou les entreprises parallèles. Vous avez parlé du milieu de travail fédéral et des problèmes qu'on y trouve, du fait qu'aucun suivi n'est assuré lorsque vous quittez un établissement et que vous tombez dans le vide. Vous avez parlé de la stigmatisation, des traumatismes, et du besoin d'établir des groupes d'entraide et des programmes qui répondent aux besoins non pas du personnel, mais bien des clients.

Je ne peux poser des questions sur tout cela — nous en aurions pour toute la journée —, alors je m'adresse à vous, Diana, car vous étiez la première. Ce n'est pas de la discrimination, d'accord? J'ai été vivement intéressé lorsque vous avez soulevé la notion d'intégration complète, avec laquelle, en passant, nous nous débattons en vue de trouver un moyen de décrire un tel programme.

Le problème, c'est qu'il manque tellement de composantes à l'heure actuelle, mais que, certes, le secteur des établissements ne peut dispenser les soins dont les gens ont besoin. Les gens ont besoin de soins dispensés localement, comme l'a dit Mme Hook, pas à 30 ou 40 milles à l'extérieur; et les gens ont besoin, d'après ce que je comprends, autant de ressources communautaires que de ressources professionnelles en matière de santé, et d'une certaine intégration de ces ressources.

Diana, vous pourriez peut-être nous dire, si vous étiez reine du monde, de quoi aurait l'air un système qui intègre le secteur des établissements, le secteur communautaire, le secteur des soins de santé primaires et toutes les autres composantes imaginables. Pourriez-vous nous fournir des précisions là-dessus?

Mme Diana Capponi : Beaucoup de gens m'appellent « la reine ».

Je réitère certains éléments fondamentaux : l'intégration complète favorise le respect, la compréhension et la considération, et je crois que certaines attitudes de notre société sont si bien ancrées — après tant d'années à cacher la maladie mentale —, que le personnel de l'établissement et les malades hospitalisés souffrent tous d'une certaine forme d'institutionnalisation.

La santé mentale n'est pas une priorité, et on n'en parle pas. Cela demeure un sujet tabou, et j'estime que, pour assurer une intégration complète dans notre société, nous devons tous reconnaître nos propres « malaises » d'ordre mental, pour ainsi dire.

If we look at the correctional system, for example, we talk a lot about the revolving door syndrome. Let me tell you, no doors revolve more or faster than those in the mental health system. There are no exits in that system, and I think that points out that the social determinants of health, which are critical for all of us, need to be addressed. People with mental health issues or addiction issues, or whatever the issues are, are very much you and I. The number is 1 out of 4 or 1 out of 5 or 1 out of 12. If you do the math in a room of this size, you will see how many of us exist.

However, whenever someone comes out as having a mental health issue, whether it is an employer, a small business operator or a person on the street, immediately, there are no expectations of those people, and I am not exaggerating when I say that. Actually, there is a fear, quite frankly, that you might be violent. That is the number one fear, and that is perpetuated.

Ms. Pat Capponi: We were so impressed by the fact that you people were not wearing Kevlar vests today — really.

Ms. Diana Capponi: The Government of Canada used to have ParticipACTION and all these other programs that were designed to educate people about the benefits of good health — blah, blah, blah. We never talked about mental health and how to maintain good mental health. It seemed that mental health was only relevant to those people deemed mentally ill, and I think we are seeing more and more in today's society people falling through the cracks, more people becoming ill, and unfortunately, there is no safe place to talk about this.

I spend my days trying to get people with mental health and addiction issues work within the institutional sector, within the Centre for Addiction and Mental Health, and I applaud them for funding my position and trying to make this happen. On the other hand, I know it will not be successful until the people there can respect, understand and celebrate people's differences rather than label them.

As the queen, until people are enlightened, until people have a good understanding, and until drug companies, for example, stop making their millions of dollars of profits off people's backs, I do not believe there will be a lot of change. Thanks.

Senator Trenholme Counsell: Thank you very much to our very special presenters this morning. It has been an important panel and I certainly have learned a lot. Of course, I have been touched by what you have said.

There are two things I wanted to bring up. One is the use of the word "chronic." In the medical field, we do say "acute" and "chronic." "Chronic" applies to diabetes mellitus, osteoarthritis, a thousand things, and it does not need to have a stigma attached to it.

Dans le système correctionnel, par exemple, on parle beaucoup du syndrome de la porte tournante. Laissez-moi vous dire qu'aucune porte ne tourne plus souvent ou plus vite que celles du système de soins de santé mentale. On ne sort jamais de ce système, et je crois que cela met en relief la nécessité d'examiner les facteurs sociaux qui influent sur la santé, qui jouent un rôle crucial pour tout le monde. Les gens aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, ou tout autre problème, c'est vous et moi. On parle d'une personne sur quatre, ou une sur cinq, ou d'une sur 12. Comptez le nombre de personnes dans cette pièce, et cela vous donnera une idée du nombre de personnes qui sont dans cette situation.

Toutefois, lorsqu'une personne divulgue le fait qu'elle a éprouvé des problèmes de santé mentale, qu'elle ait affaire à un employeur, à l'exploitation d'une petite entreprise ou à une personne dans la rue, les attentes de ces personnes tombent immédiatement à zéro, et je n'exagère pas lorsque je dis cela. En réalité, on craint, franchement, que vous soyez violent. C'est la principale crainte, et on continue de la nourrir.

Mme Pat Capponi : Nous étions si impressionnés de constater que vous ne portiez pas de veste de Kevlar aujourd'hui — vraiment.

Mme Diana Capponi : Le gouvernement du Canada misait autrefois sur ParticipACTION et tous ces autres programmes pour sensibiliser les gens aux avantages d'une bonne santé — et patati et patata. Nous n'avons jamais parlé de la santé mentale et de la façon de maintenir une bonne santé mentale. Il semble que la santé mentale ne soit abordée que lorsqu'il est question de personnes considérées comme malades mentalement, et je crois qu'on voit dans notre société moderne un nombre croissant de personnes qui tombent entre les mailles du filet, qui deviennent malades; et, malheureusement, il n'y a pas d'endroit où l'on peut aborder ces questions sans crainte.

Je passe mes journées à tenter de trouver du travail dans le secteur des établissements pour des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, par l'entremise du Centre de toxicomanie et de santé mentale, et je salue leur décision de financer mon poste et de tenter de changer les choses. Par contre, je sais que l'initiative ne sera couronnée de succès que lorsque les gens du centre pourront respecter, comprendre et célébrer les différences des gens, au lieu de les étiqueter.

En tant que reine, je crois qu'il n'y aura pas beaucoup de changement, tant que les gens ne seront pas mieux informés, tant que les gens ne comprendront pas bien les enjeux, tant que les sociétés pharmaceutiques, par exemple, continueront de faire des millions de dollars de profit sur le dos des gens. Merci.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je tiens à remercier du fond du cœur nos invités très spéciaux de ce matin. C'était un groupe de témoins important, et j'ai certes appris beaucoup de choses. Bien sûr, j'ai été touchée par ce que vous avez dit.

Il y a deux points que j'aimerais soulever. Le premier concerne l'utilisation du mot « chronique ». Dans le domaine médical, on utilise les termes « aigu » et « chronique ». Le terme « chronique » s'applique au diabète, à l'arthrose, et à mille autres choses, et il n'y a pas lieu d'en faire un critère d'exclusion.

That is something we really have to think about. “Acute” is if you have a cold or urinary tract infection or cut your finger or whatever, but you have challenged us to think about that, and I can see how in the case of mental illness, it has a bigger overlay.

I was in government for quite a long time, and in my province, which is New Brunswick, we were moving away from the sheltered workshops. Now I am not as current as I should be, although I believe that the effort is still made to find employment whenever possible, to strive to find it, create it, encourage it, et cetera, in the workplace. I will not say the “regular” workplace, just in the workplace, be it at Wal-Mart, a government office or somebody’s private business.

I would like to have a little more discussion of that, and especially the peer-led programs. That really impressed me, Ms. Hook, and I wrote down a list of things that peer-led programs can do. I can almost see that as an educational opportunity. Networking, role modelling opportunities, resume preparation are very good, but in terms of the workplace, could we have a little more discussion about that?

Ms. Hook: Diana is the expert on it.

Ms. Diana Capponi: Not true. In fact, I am aware of some initiatives in New Brunswick. When I was with the Ontario Council of Alternative Businesses, we worked closely with a group of providers in Moncton, I believe, who were trying to develop a catering business as a way to provide some work opportunities for people.

As for the word “chronic,” what it really means is difficult or non-compliant or hopeless. That is how, within the mental health care system, the word is defined, and if you believe people are hopeless and difficult and non-compliant, will you see them as individuals with potential?

It is very difficult to use the word “chronic” and see potential. It is almost impossible to achieve. I have spent years working with people on employment and I am consistently flabbergasted by the lack of expectations or the limitations that we put on others. I am so proud of people like Helen Hook, of the people in New Brunswick who have started their own catering company, of the almost 1,100 people working in this province every day, demonstrating that they might be crazy as hell, but they can provide a service that the public will pay for, and I see that potential in people.

However, many of the services designed to assist people with employment — for many people the first time they ever got paid for doing a job — do not see the potential. They do not see that we benefit from carrots, too. We like a paycheque, we like an identity other than mental patient, schizophrenic, or whatever the label is at the time.

Nous devons vraiment réfléchir à cela. On utilisera le terme « aigu » si on a un rhume ou une infection urinaire ou si on se coupe un doigt ou autre chose du genre, mais vous nous avez poussés à réfléchir à cela, et je peux voir en quoi le terme a une plus grande incidence lorsqu’il est question de maladie mentale.

J’ai travaillé au sein du gouvernement pendant assez longtemps, et, dans ma province, c’est-à-dire au Nouveau-Brunswick, nous commençons à délaissier les ateliers protégés. Maintenant, je ne suis pas aussi informée de la situation actuelle que je devrais l’être, mais je crois que l’on continue de déployer des efforts en vue de trouver des emplois, lorsque cela est possible, de chercher à en trouver, à en créer, à les favoriser, et ceters., en milieu de travail. Je dirai non pas le « milieu de travail régulier », mais bien le « milieu de travail » tout court, qu’il s’agisse de Wal-Mart, d’un bureau gouvernemental ou d’une entreprise privée.

J’aimerais obtenir un peu plus de détails à cet égard, surtout en ce qui concerne les programmes exécutés par les pairs. Cela m’a vraiment impressionné, madame Hook, et j’ai dressé une liste de choses que ces programmes peuvent faire. Je le vois presque comme une occasion d’apprentissage. Le réseautage, l’accès à des modèles de comportement et la préparation de curriculum vitae, c’est très bien tout cela, mais pourriez-vous nous fournir un peu plus de détails en ce qui concerne le milieu de travail?

Mme Hook : C’est Diana, l’experte en la matière.

Mme Diana Capponi : Ce n’est pas vrai. De fait, je suis au courant de certaines initiatives au Nouveau-Brunswick. Quand j’évoluais au sein de l’Ontario Council of Alternative Businesses, nous avons travaillé en étroite collaboration avec un groupe de fournisseurs de Moncton, je crois, qui tentaient de lancer une entreprise de traiteurs en vue de créer des débouchés pour les gens.

Pour ce qui est du mot « chronique », il désigne, en réalité, une personne difficile, désobéissante ou irrécupérable. Voilà comment on définit ce mot dans le système de soins de santé mentale. Alors, si vous croyez qu’une personne est irrécupérable et difficile et désobéissante, seriez-vous d’avis qu’elle a du potentiel?

Il est très difficile d’utiliser en même temps les mots « chronique » et « potentiel ». C’est presque impossible à faire. J’ai passé des années à aider des gens à chercher un emploi, et je suis constamment ahurie par la faiblesse des attentes, ou par les limites que nous imposons aux autres. Je suis si fière de personnes comme Helen Hook, de ces gens du Nouveau-Brunswick qui ont lancé leur propre entreprise de traiteurs, des quelque 1 100 personnes qui travaillent dans notre province chaque jour, qui montrent que, même s’ils sont fous à lier, ils peuvent dispenser un service que le public sera disposé à payer, et je vois un tel potentiel chez ces gens.

Cependant, nombre des services conçus pour aider les gens à trouver un emploi — dans un grand nombre de cas, un premier emploi rémunéré — ne reconnaissent pas ce potentiel. Ils ne reconnaissent pas que nous réagissons également à la carotte. Nous aimons toucher un chèque de paye, nous aimons avoir une identité autre que celle de malade mental, de schizophrène ou de toute autre étiquette en vogue.

The alternative businesses do not exist anywhere else in the world. They only exist here in Ontario, and I have to tell you the reason is Ontario had a very strong psychiatric survivor movement that began by saying, "We want a voice. Listen to us," and then, "We want a piece of the economic pie."

That has been a 25-year history, and we still have a lot more work to do, but I implore this committee to please address employment. It is the only way the community can help themselves. As long as we are poor, we will be dependent.

Senator Trenholme Counsell: You repeated the word "alternative." Would you agree that the ideal goal is employment in the same kinds of places where all of our citizens work?

Ms. Diana Capponi: Absolutely.

Senator Trenholme Counsell: I do not know how to put that.

Ms. Diana Capponi: However, "alternative" means that these are businesses run by and for the people who work there, and for someone who has been institutionalized, has had no work history whatsoever as an adult, has maybe been in a sheltered workshop, where you learn what you cannot do, these businesses work very well in providing on-the-job skills training, in giving people income and, most importantly, a sense of pride.

Ms. Hook: The types of business that belong to OCAB are limited by lack of capital, so, for example, there are restaurants. There is Crazy Cooks Catering in Peterborough; there is a restaurant called Raging Spoon in Toronto; Ten Friends Diner in Windsor; and Out of This World Café in Toronto, which is a success story all in itself, because it is a vocational rehab program that was divested from the control of the hospital to a survivor-run business that still remains in the hospital. There is also an old-fashioned coffee cart that goes up and down the halls the way it used to happen in the '40s, '50s and '60s. There are two gardening-type businesses and a cleaning business.

People come to me and say, "Why can we not start a car wash or something?" Well, because you have to have a million dollars for that equipment. Therefore, perhaps that is another way that the federal government could get involved, through a capitalization program.

The Chairman: By the way, I should have pointed out, as it is interesting, that we have a fair amount of medical expertise on this panel. As many of you know, Senator Keon was a cardiac surgeon, Senator Trenholme Counsell was a family practitioner in rural New Brunswick for many years, and Senator Pépin is a nurse — and I do not know anything about health.

Les entreprises parallèles n'existent nulle part ailleurs dans le monde. Elles n'existent qu'ici en Ontario, et je dois vous dire que cela tient au fait que l'Ontario est doté d'un mouvement très fort de rescapés psychiatriques. Ils ont commencé par dire : « Nous voulons avoir un mot à dire. Écoutez-nous. » Et ensuite : « Nous voulons une part du gâteau économique. »

Cela s'est fait au cours des 25 dernières années, et il y a encore beaucoup de travail à faire, mais je supplie votre comité d'examiner la question de l'emploi. C'est la seule façon dont la communauté peut s'aider elle-même. Tant que nous serons pauvres, nous serons dépendants.

Le sénateur Trenholme Counsell : Vous avez encore parlé d'entreprise « parallèle ». Convenez-vous que le but ultime est l'emploi dans le même genre d'endroits que tous les autres citoyens?

Mme Diana Capponi : Tout à fait.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je ne sais pas comment articuler cette idée.

Mme Diana Capponi : Vous noterez, cependant, que ce terme désigne les entreprises dirigées par les gens qui y travaillent, et pour eux, et que, pour une personne qui a été en établissement, qui n'a aucun antécédent de travail, ou qui a peut-être travaillé dans un atelier protégé, où l'on vous apprend ce que vous êtes incapable de faire, les entreprises parallèles fonctionnent très bien, car elles favorisent l'acquisition de compétences en milieu de travail, procurant un revenu et, d'abord et avant tout, elles procurent un sentiment de fierté.

Mme Hook : Les types d'entreprises qui appartiennent à l'OCAB sont limitées par un manque de fonds, de sorte que — prenons, par exemple, les restaurants : il y a Crazy Cooks Catering, entreprise de traiteurs de Peterborough; il y a un restaurant torontois, qui s'appelle Raging Spoon; il y a le Ten Friends Diner, à Windsor; et le Out of This World Café à Toronto. Ce dernier est un cas exemplaire, car il s'agit d'un programme de réadaptation professionnelle dont l'hôpital s'est départi. Désormais dirigé par des survivants, l'établissement exerce toujours ses activités dans l'hôpital. Il y a également un buffet roulant qui parcourt les couloirs, comme cela se faisait pendant les années 40, 50 et 60. Il y a deux entreprises de jardinage, et une entreprise de nettoyage.

Des gens viennent me voir et me disent : « Pourquoi ne pourrions-nous pas ouvrir un lave-auto, ou quelque chose comme cela? » Eh bien, c'est parce qu'il faut un million de dollars d'équipement. Ainsi, c'est peut-être un autre aspect à l'égard duquel le gouvernement fédéral pourrait contribuer, par l'entremise d'un programme de capitalisation.

Le président : En passant, j'aurais dû signaler ce point intéressant : notre Comité mise sur une expertise médicale assez importante. Comme nombre d'entre vous le savez, le sénateur Keon était chirurgien cardiologue, le sénateur Trenholme Counsell a exercé les fonctions d'omnipraticienne dans les régions rurales du Nouveau-Brunswick pendant de nombreuses années, et le sénateur Pépin est infirmière — et je n'ai aucune connaissance dans le domaine de la santé.

Senator Pépin: Bonjour. I have to admit I am very impressed by your presentation and very moved also. As Senator Kirby mentioned, some of us have family members who are suffering from mental health problems, and I am one of them.

After hearing you speak about discrimination, I believe that one of the major obstacles you face is the stigmatization, and one of the first things we should do is to tackle the question of discrimination.

Do you think it would be best to have a national plan, or do you believe we should have a specific strategy adapted to different forms of mental health? Do you believe that we have to work against discrimination first, or we should have a specific strategy to fight different forms of mental health issues? What would be the best thing to start with?

Ms. Pat Capponi: If I may, Ontario funded a leadership development program for four years, but part of what we found is, because the discrimination within the system was so rampant, we had to work with staff in parallel to that process to sensitize them to our issues, to deal with some of their discriminatory attitudes and get them to look inside. It is difficult when the system keeps looking outward instead of inward.

You could kill two birds with one stone and employ survivors to work on a national strategy to address the discrimination within the system. It has often been said that the best anti-stigma campaign is one of the A-Way couriers walking into a Bay Street building to deliver a package. We waste millions of dollars funding agencies to hire advertising firms when it is something we could do, and have done, and we are good at it.

Senator Pépin: Mr. Powell, you mentioned “rainy day syndrome,” and you said — I want to be sure I understood — that if you have been working, and someone finds out that you had a previous, let us say, consultation with a psychiatrist or a psychologist and maybe you had a depression, you will not get your pension? Explain that to me.

Mr. Powell: Okay. The way that it works is there are approximately 30,000 permanently injured pensioners like me in B.C. — and it is probably very similar, probably more, in Ontario — who will intertwine with government and the medical services in the community, and the establishment of chronic pain is an element of your pension. That is what requires the assessment.

I have found some controversy about doing these assessments to begin with, and as I was mentioning, I think the Canadian military did one of soldiers returning from Europe, where going through the PTSD assessment was actually increasing the injury

Le sénateur Pépin : Bonjour. Je dois admettre que j’ai été très impressionnée et très touchée par votre exposé. Comme l’a mentionné le sénateur Kirby, certains d’entre nous ont dans leur famille des personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale, et c’est mon cas.

À la lumière de vos commentaires sur la discrimination, je crois que l’un des principaux obstacles auxquels vous êtes confrontés est la stigmatisation, et que l’une des premières choses que nous devrions faire, c’est d’examiner la question de la discrimination.

Croyez-vous qu’il serait souhaitable d’élaborer un plan national, ou serait-il plus indiqué d’établir une stratégie adaptée aux diverses formes de problèmes de santé mentale? Selon vous, devrions-nous d’abord nous attaquer à la discrimination, ou serait-il préférable de commencer par une stratégie adaptée pour lutter contre les divers problèmes liés à la santé mentale? Quel serait le meilleur point de départ?

Mme Pat Capponi : Si je peux me permettre. L’Ontario a financé un programme de développement du leadership pendant quatre ans, mais nous avons constaté que, en raison de la discrimination qui sévit au sein du système, nous avons dû travailler avec le personnel, parallèlement au programme, en vue de le sensibiliser aux enjeux qui nous concernent, d’éliminer certaines de ses attitudes discriminatoires, et de le pousser à regarder ce qu’une personne a en dedans. C’est difficile quand le système s’attache aux apparences plutôt qu’à l’essentiel.

Vous pourriez faire d’une pierre d’un coup et charger des survivants de contribuer à l’élaboration d’une stratégie nationale pour lutter contre la discrimination systémique. On a souvent dit que la meilleure campagne de lutte contre la stigmatisation, c’est quand un messenger de A-Way entre dans un édifice de la rue Bay pour livrer un colis. Nous gaspillons des millions de dollars à financer des agences de publicité, alors que nous pourrions faire des choses comme ça, et ce sont des choses que nous avons déjà faites, et que nous faisons bien.

Le sénateur Pépin : Monsieur Powell, vous avez parlé d’un « syndrome de la prévention », et vous avez déclaré — je veux m’assurer d’avoir bien compris —, que si vous travaillez et qu’on découvre que vous avez déjà consulté un psychiatre ou un psychologue, et que vous avez peut-être fait une dépression, on ne vous accordera pas votre pension? Expliquez-moi cela.

M. Powell : D’accord. Cela fonctionne de la façon suivante : il y a environ 30 000 pensionnés qui sont — comme moi — frappés d’une incapacité permanente en Colombie-Britannique — et ce nombre est probablement comparable, voire supérieur, en Ontario. Or, ces personnes entrent souvent en contact avec le gouvernement et les services médicaux dans la collectivité, et la décision en ce qui concerne l’existence d’une douleur chronique est un élément de votre pension. C’est ce qui suppose une évaluation.

J’ai constaté que ces évaluations soulèvent une certaine controverse, et, comme je l’ai déjà mentionné, je crois que les Forces canadiennes ont effectué de telles évaluations à l’égard de soldats revenant d’Europe, et que l’évaluation destinée au

and causing more damage; but then, of course, they do not compensate you for going through the process.

Senator Pépin: No.

Mr. Powell: I hope that helps a little.

Senator Pépin: Okay, because I want to be sure that I understood, that if someone said that, let us say, he was seeing a psychiatrist, he was mentally ill for a while, he has a harder time getting his retirement pension than someone else.

Mr. Powell: Oh, absolutely.

Ms. Diana Capponi: They can also say it is a pre-existing condition. "You saw a shrink 20 years ago. You were depressed then. It did not happen in our workplace."

Mr. Powell: It is a way of eliminating or limiting the claims, and it can amount to a substantial portion of someone's life when dealing with a disability from an injury.

Senator Pépin: A pre-existing condition.

Mr. Powell: Yes.

Ms. Diana Capponi: If I could just add, I have a document that was written as a result of a coroner's inquest in B.C. about a man who was shot by police at a hospital after he had been fighting with insurance boards for a period of three years. That is where this report comes from.

Senator Pépin: Ms. Hook, I liked your statement that a program should be organized around the client instead of the personnel. I think that is quite interesting and will help us a lot. Merci beaucoup.

The Chairman: May I thank all of you for coming. Thank you for making the time to be with us today.

Ms. Hook: Clients are thrilled that you are writing back to them if they sent in a survey.

The Chairman: Thank you, because we did try to reply, in every case where we had an email address or whatever.

Our next two witnesses, both as individuals with stories to tell, are Norrah Whitney and Carolyn Mayeur. They will tell us a story of their own personal family experience with the mental health system, and then we will turn to questions.

Thank you both for coming.

Ms. Norrah Whitney, as an individual: Thank you. I have prepared a statement and I am going to read a little of it. It is easier for me.

dépistage du SPPT causait, en réalité, plus de mal que de bien. Et, bien sûr, les personnes qui ont subi l'évaluation n'ont pas été indemnisées.

Le sénateur Pépin : Non.

M. Powell : Je crois que cela aide un peu.

Le sénateur Pépin : D'accord, je voulais m'assurer d'avoir bien compris que si une personne déclare, par exemple, qu'elle a consulté un psychiatre, qu'elle a connu des problèmes psychologiques à une certaine époque, elle éprouvera plus de difficulté à toucher sa pension de retraite qu'une autre personne.

M. Powell : Oh, certainement.

Mme Diana Capponi : Ils peuvent également faire valoir qu'il s'agissait d'une affection préexistante. « Vous avez consulté un psy il y a vingt ans. Vous étiez déjà déprimé. Cela ne s'est pas passé dans notre milieu de travail. »

M. Powell : C'est une façon d'éliminer ou de limiter les demandes d'indemnisation, et cela peut avoir un effet important sur la vie d'une personne, lorsqu'il est question d'une invalidité découlant d'une blessure.

Le sénateur Pépin : Une affection préexistante.

M. Powell : Oui.

Mme Diana Capponi : J'aimerais seulement ajouter quelque chose : j'ai un document, rédigé à la suite d'une enquête du coroner en Colombie-Britannique, au sujet d'un homme qui a été abattu par la police, dans un hôpital, après avoir lutté contre les commissions d'assurance pendant trois ans. C'est de là que provient ce rapport.

Le sénateur Pépin : Madame Hook, j'ai bien aimé votre déclaration selon laquelle un programme devrait s'attacher aux besoins non pas du personnel, mais bien des clients. Je crois que c'est plutôt intéressant et que cela nous sera très utile. Merci beaucoup.

Le président : Merci à tous d'être venus. Merci d'avoir pris le temps d'être avec nous aujourd'hui.

Mme Hook : Les clients qui vous ont fait parvenir un questionnaire de sondage sont aux anges lorsque vous leur envoyez une réponse écrite.

Le président : Merci. Nous avons effectivement tenté de répondre, lorsqu'il y avait une adresse de courriel ou d'autres coordonnées.

Nos deux prochains témoins, qui comparaissent tous deux à titre personnel en vue de raconter leur histoire, sont Norrah Whitney et Carolyn Mayeur. Elles nous relateront l'expérience de leur famille respective avec le système de soins de santé mentale, et nous leur poserons ensuite des questions.

Merci d'être venues.

Mme Norrah Whitney, à titre personnel : Merci. J'ai préparé une déclaration, et je vais en lire une partie. C'est plus facile pour moi.

My name is Norrah Whitney and I am Executive Director of Families for Early Autism Treatment of Ontario. I am also the parent of a child who suffers from autism. FEAT of Ontario is partnered with some of the best research organizations in the world, and we also have people from Health Canada on our advisory board, including Dr. Ofner, who was a recent champion during the SARS crisis. We do not receive any government funding, and therefore it is from an uncompromised position that I present this today.

Autism is a serious medical condition with no home. Effective science-based treatment is not part of any provincial health care scheme. It stands alone as the only core health deficit suffered by Canadians to which no effective treatment is provided by the respective medicare plans. What is beyond debate is that autism can no longer afford to have the ostrich bury its head, hoping that when it emerges, the crisis will have disappeared. If we continue to engage in this type of behaviour as a responsible society, any type of damage control in the future will be futile.

In the words of David Suzuki:

Somehow, we have to find the money to help children with autism... If we don't, the cost to all of us caring for an untreated adult will be far greater, reaching into the millions. The cost in terms of human suffering is not to be measured.

Without effective treatment, autism is a lifelong disorder that results in the placing of over 90 per cent of untreated children in group homes and residential facilities. Only 1 in 64 children will improve without treatment. It is more common now than childhood leukemia, HIV, cystic fibrosis, cerebral palsy and Down's syndrome, and yet it remains one of the least funded medical ailments, outside the health care system, a nomad with catastrophic consequences to innocent children whose only mistake was their particular inheritance of disease.

Legislation exists, so what has gone wrong? As a last resort, to seek equal access to effective treatment for their core health needs, children with autism have had to turn to courtrooms across this country. How can one rationalize denying them the only effective treatment for one of the most serious neurological illnesses known to man when mildly depressed individuals have their core health needs covered? Such decisions, which shock the conscience, rarely run parallel to fundamental justice.

Human rights law and the respective human rights codes, and federal law such as the highly touted Convention on the Rights of the Child, ratified by Canada, have not to date fulfilled their intent, to protect the most vulnerable in society.

Je m'appelle Norrah Whitney, et je suis directrice générale de Families for Early Autism Treatment of Ontario. Je suis également mère d'un enfant autiste. FEAT of Ontario a établi un partenariat avec certains des meilleurs organismes de recherche du monde et, des représentants de Santé Canada sont membres de notre conseil consultatif, y compris le D^r Ofner, qui a récemment agi à titre de maître d'œuvre pendant la crise du SRAS. Nous ne bénéficions d'aucun financement gouvernemental, de sorte que je peux témoigner sans aucune contrainte aujourd'hui.

L'autisme est un état pathologique grave qui n'a pas de foyer. Effectivement, aucun régime provincial de soins de santé ne prévoit de traitement éprouvé. Il s'agit du seul trouble de santé fondamental à l'égard duquel les Canadiens ne peuvent recevoir un traitement efficace en vertu d'un régime d'assurance-maladie. Nul ne saurait nier, lorsqu'il s'agit d'autisme, que le temps est venu de cesser de faire l'autruche et d'espérer que la crise disparaîtra d'elle-même. Si, comme société responsable, nous continuons d'appliquer la politique de l'autruche, toute forme future de limitation des dégâts sera futile.

Je reprends ici les paroles de David Suzuki :

D'une façon ou d'une autre, nous devons trouver l'argent nécessaire pour aider les enfants atteints d'autisme... Si nous ne le faisons pas, le coût que nous assumerons tous en vue de prendre soin d'un adulte qui n'a pas été traité sera beaucoup plus grand, et s'élèvera à des millions de dollars. On ne saurait calculer le coût, lorsqu'il s'agit de souffrance humaine.

Sans traitement efficace, l'autisme est un trouble permanent qui mène au placement de plus de 90 p. 100 des enfants non traités dans des centres d'accueil et des établissements de logement. Seulement un enfant sur 64 réussira à s'améliorer sans bénéficier de traitement. L'autisme est désormais plus répandu que la leucémie infantile, le VIH, la fibrose kystique, la paralysie cérébrale et le syndrome de Down, et pourtant, il demeure l'un des troubles médicaux les moins financés, exclu du système de soins de santé, un nomade qui a des conséquences catastrophiques sur des enfants innocents, dont la seule erreur est d'avoir hérité de cette maladie.

Il existe des lois à cette fin, alors qu'est-ce qui s'est passé? En dernier recours, en vue d'obtenir un accès équitable au traitement efficace de leurs besoins fondamentaux en matière de soins de santé, les enfants atteints d'autisme ont dû se tourner vers les tribunaux de partout au pays. Comment peut-on justifier de leur refuser le seul traitement efficace pour l'une des maladies neurologiques les plus graves connues par l'homme, quand on satisfait à tous les besoins d'une personne en proie à une légère dépression? De telles décisions scandaleuses sont rarement compatibles avec la justice fondamentale.

Le droit régissant les droits de la personne et les divers codes des droits de la personne, ainsi que la législation fédérale, comme la Convention relative aux droits de l'enfant, cet instrument ratifié par le Canada, dont on a tant vanté les mérites, n'ont pas, à ce jour, réalisé leur intention de protéger les éléments les plus vulnérables de notre société.

Providing effective autism treatment is completely consistent with the principles of the Canada Health Act — to promote and restore the well-being of Canadians. The WHO report on mental illness echoes the CHA's principles and provisions, including the right to rehabilitation and treatment that enhances autonomy. It says:

The declaration recognizes a right of each person to the medical care, therapy, education and training as will enable him to develop his ability and maximum potential, to care and treatment in accordance with the same standards as other ill persons...

The Convention on the Rights of the Child, ratified by Canada, makes specific provision for the protection and well-being of children and, in particular, the disabled child. The Canadian Charter of Rights and Freedoms is Trudeau's legacy to this nation and a beacon of human rights legislation to other countries. On the surface, it appears to have the teeth necessary to protect equal rights.

Paul Martin said in his reply to the throne speech:

Let us understand that within the Charter of Rights are enshrined our basic freedoms, and we as a nation of minorities must never allow these fundamental rights to be compromised if we are to protect our national character and individual freedom.

Yet despite the aforementioned legislation and the Prime Minister's inspiring words, inclusion in the same benefit afforded other Canadians, the public health care system, for autism has remained elusive. How could this have happened?

Attitudinal discrimination — are its roots found in government? Paul Martin said:

You can't pick and choose minority rights, or the fundamental rights, that you are going to defend. You're going to defend all rights. I defend the Charter.

Picking and choosing, and discriminating, is exactly what Mr. Martin and Minister of Justice Irwin Cotler did last year when the federal government intervened against disabled children in the Supreme Court of Canada's hearing of the *Auton* case, in which several families were seeking to have their autistic children's core health needs brought under the umbrella of the Canada health care system.

Although the families had won in the lower courts, the government side won in the Supreme Court in November, and the equality rights of the Charter were effectively gutted. Since then, Minister Dosanjh has made not a single effort to extend medicare to autistic children. These actions are strikingly contradictory to

La fourniture d'un traitement efficace pour l'autisme est tout à fait conforme aux principes de la Loi canadienne sur la santé — de promouvoir le bien-être des Canadiens, et de les aider à se rétablir. Le rapport de l'OMS sur la maladie mentale se fait l'écho des principes et dispositions de la LCS, y compris le droit à des services de réadaptation et de traitement qui rehaussent le degré d'autonomie. On peut y lire ce qui suit :

La présente déclaration reconnaît le droit de chaque personne de bénéficier des soins médicaux, de la thérapie, de l'éducation et de la formation dont elle a besoin pour perfectionner ses capacités et optimiser son potentiel, ainsi que des soins et des traitements soumis aux mêmes normes que d'autres personnes malades [...]

La Convention relative aux droits de l'enfant, ratifiée par le Canada, s'assortit de dispositions spécifiques relatives à la protection et au bien-être des enfants et, en particulier, des enfants handicapés. Trudeau a légué à notre pays la Charte canadienne des droits et libertés, qui sert de modèle de législation relative aux droits de la personne pour d'autres pays. Dans l'ensemble, elle m'apparaît assez musclée pour protéger l'égalité des droits.

Dans sa réponse au Discours du Trône, Paul Martin a déclaré ce qui suit :

Nos libertés fondamentales sont enchâssées dans notre Charte des droits et libertés — entendons-nous pour dire qu'en tant que nation constituée de minorités, nous ne devons jamais permettre que ces droits fondamentaux soient compromis si nous voulons conserver notre caractère national et notre liberté individuelle.

Pourtant, malgré la législation mentionnée plus haut et les paroles inspirantes du Premier ministre, la fourniture des avantages offerts aux autres Canadiens, le système de soins de santé publique, continue d'échapper aux autistes. Comment cela a-t-il bien pu se produire?

La discrimination psychologique — a-t-elle pris racine au gouvernement? Paul Martin a dit :

On ne peut choisir quels droits minoritaires ou fondamentaux on veut défendre. On doit défendre tous les droits. Je défends la Charte.

Choisir et discriminer, c'est exactement ce que M. Martin et le ministre de la Justice Irwin Cotler ont fait l'an dernier, quand le gouvernement fédéral est intervenu contre les enfants handicapés dans l'affaire *Auton* devant la Cour suprême du Canada, dans le cadre de laquelle plusieurs familles cherchaient à ce que les besoins fondamentaux en matière de soins de santé de leurs enfants autistes soient satisfaits en vertu du régime canadien de soins de santé.

Même si les familles ont eu gain de cause devant les tribunaux inférieurs, l'État l'a emporté devant la Cour suprême en novembre, et on a, au bout du compte, fait fi des droits prévus dans la Charte. Depuis, le ministre Dosanjh n'a déployé absolument aucun effort pour étendre l'assurance-maladie aux

the government proclamation in the address by the Prime Minister in his reply to the throne speech, when he asked rhetorically, "What do we want as a country?" He said:

A Canada where no individual, no community, no region is denied the opportunity to fully participate in the building of an even greater nation. This agenda is ambitious, but Canadians expect no less of themselves, and should expect no less of their government...

He went on to say:

We are committed irrevocably to the principles of the Canada Health Act. They are part of who we are and a moral statement about fundamental fairness — that all Canadians should stand equal before our health care system.

As the Honourable Madam Justice Allan said in the *Auton* case:

Autism is the disorder or illness that requires treatment. It is of little assistance to reassure people suffering from debilitating illnesses that although the state will not provide treatment for that illness, should they break a leg or develop pneumonia, they will be treated for those conditions.

One of your own colleagues, Senator Jim Munson, accurately paraphrased the horror experienced by autistic children and their families. He talked about treatment for autism being similar to that for people who were suffering from brain injuries. He said it is an effective treatment, but it is very expensive. He said that in fact it is so expensive that it is beyond the reach of most families.

And I tell you that we are suffering. As a single mother, I have raised a quarter of a million dollars for my son's health care treatment. Senator Munson said:

Is this the face of Canada's universal health care system? Honourable senators, I am afraid it is. Yet the cost of not treating autism is much higher. Children who do not receive treatment often grow up to become wholly dependent on the state for support. This support is estimated at \$2 million over the lifetime of the individual.

Most importantly, he said:

You see, apart from being immoral, denying coverage is a false economy. The issue is universality, and the people affected are our most vulnerable citizens. They are being denied treatment that is proven to work. We need a vision. There must be a national will and, with that, a national autism program.

I am here today to say that I could not agree more with Senator Munson, but who will bring about this national vision

enfants autistes. Cette façon d'agir est en flagrante contradiction avec la proclamation du gouvernement, dans le discours prononcé par le Premier ministre en réponse au Discours du Trône, au cours duquel il pose la question : « Que voulons-nous? » Il a dit :

Un Canada où aucun individu, aucune collectivité ou région ne se voit refuser la possibilité de participer pleinement à l'édification d'une nation encore plus grande. Ce programme est ambitieux. Mais les Canadiens n'attendent rien de moins d'eux-mêmes et ne devraient pas s'attendre à moins de leurs gouvernements.

Et plus tard, il ajoute :

Nous avons pris un engagement irrévocable à l'égard des principes qui sous-tendent la Loi canadienne sur la santé. Ces principes sont inhérents à qui nous sommes; ils sont une prise de position morale sur ce qui est fondamentalement équitable — l'idée que tous les Canadiens sont égaux sous notre régime de soins de santé.

Comme l'a déclaré madame la juge Allen dans l'affaire *Auton* :

Le trouble ou la maladie qui doit être traité, c'est l'autisme. Il est tout à fait inutile de rassurer une personne souffrant d'une maladie débilitante en lui disant que, même si l'État ne traitera pas cette maladie, si elle se casse une jambe ou fait une pneumonie, elle recevra un traitement à l'égard de ces affections.

L'un de vos collègues, le sénateur Jim Munson, a bien décrit l'expérience horrible des enfants autistes et de leur famille. Il a parlé de la similitude du traitement pour l'autisme et de celui des gens qui sont victimes de traumatisme crânien. Il a dit que c'est un traitement efficace, mais très coûteux. Il a dit que, de fait, le traitement est si coûteux qu'il échappe à la portée de la majorité des familles.

Et je vous dis que nous souffrons. Je suis une mère monoparentale, et j'ai réuni un quart de millions de dollars pour le traitement de mon fils. Le sénateur Munson a dit :

Est-ce bien là le visage du régime universel de santé du Canada? Honorables sénateurs, je le crains. Pourtant, il coûte beaucoup plus cher de ne pas traiter les autistes. Les enfants qui ne reçoivent pas de traitement sont souvent totalement à la charge de l'État, et on estime que cela coûte deux millions de dollars pendant toute l'existence du malade.

Fait plus important encore, il a ajouté :

Vous le constatez, le refus de traitement n'est pas seulement immoral. C'est une fausse économie. La question qui se pose est celle de l'universalité, et les personnes touchées sont nos concitoyens les plus vulnérables. On leur refuse un traitement qui s'est avéré efficace. Il nous faut une vision nationale. Il faut mobiliser une volonté nationale et offrir un programme national de traitement de l'autisme.

Je suis ici aujourd'hui pour signifier mon accord total avec le point de vue du sénateur Munson, mais qui se chargera de

when governments illogically and immorally defy the human rights principles they claim define themselves and this nation?

Senator Pearson, who oversees the Convention on the Rights of the Child designed to prevent this very catastrophe before you today, could not see her way to intervening for these silent voices. UNICEF Canada, despite their mandate, would do nothing to champion these children. You must be their voice, their champions, and the legislation I will discuss now is how we can bring Senator Munson's vision to fruition.

We need a national strategy to ensure equal rights for Canadians with disabilities. The *Auton* ruling, handed down by the Supreme Court of Canada in November, has turned back the clock on disability rights in Canada. This has happened not only for children with autism, who have been ruled by the high court as ineligible for inclusion in medicare for their core health needs, but for also every disabled person across this country. Their rights have been also thoroughly abrogated by the *Auton* judgment.

Mary Eberts, who helped define and develop the Charter of Rights and Freedoms, a lawyer in Toronto, said:

This Supreme Court of Canada has effectively given away the store. I think they have torn the guts out of Canada's Charter of Rights and Freedoms.

This brief sets out what must be done to make Canada a leader in disability rights and a country with meaningful legal protections for persons with disability.

We need to turn Canada into a nation where we actually value rather than simply tolerate people with disabilities. We need three new pieces of legislation.

The first is a Canadians with disabilities act, a CDA; we need a mental health parity act, and we need a federal individuals with disability education act. Federal laws such as these are what make the United States a remarkably better place for people with disabilities to live than Canada. In the U.S., equality in services, jobs and housing for people with autism and other disabilities is not optional. It is the law.

The first piece of suggested legislation, the CDA, is a broad disabilities rights act, whereby people with all disabilities could be protected. This act would be relatively quick to enact in Canada, since it applies to all disabled people and would likely be endorsed by a coalition of disabled persons across this country. CDA is very much in the best interests of every person with a disability.

The second piece is a mental health parity act. It would be less broadly based, but it is very important for Canada. The MHPA would make it illegal for health insurance companies to discriminate by refusing coverage for treatments for mental

façonner cette vision nationale, quand les gouvernements, de façon illogique et immorale, font fi des principes régissant les droits de la personne tout en affirmant qu'ils font partie intégrante de notre identité nationale?

Le sénateur Pearson, qui surveille l'application de la Convention relative aux droits de l'enfant visant à prévenir justement la catastrophe dont vous êtes saisi aujourd'hui, n'a pas su intervenir au nom de ces enfants sans voix. UNICEF Canada, malgré son mandat, refusait de défendre les intérêts de ces enfants. Vous devez parler en leur nom, défendre leurs intérêts, et c'est grâce à la loi dont je vous parlerai à l'instant que nous pourrions réaliser la vision du sénateur Munson.

Nous devons adopter une stratégie nationale pour assurer l'égalité des droits des Canadiens handicapés. La décision rendue par la Cour suprême du Canada en novembre dans l'affaire *Auton* constitue un recul en matière de droits des personnes handicapées au Canada. Cela s'applique non seulement aux enfants autistes, dont le droit aux soins de santé fondamentaux sous le régime d'assurance-maladie n'a pas été reconnu par le tribunal de grande instance, mais aussi à toutes les personnes handicapées au pays. Leurs droits ont également été abrogés par l'arrêt *Auton*.

Mary Eberts, avocate torontoise qui a contribué à définir et à rédiger la Charte des droits et libertés, a dit :

Cet arrêt de la Cour suprême du Canada a ouvert la porte à tous les abus. Je crois qu'on vient d'enlever sa force à la Charte canadienne des droits et libertés.

Ce mémoire décrit ce qu'il faut faire pour que le Canada devienne un chef de file des droits des handicapés et un pays offrant une protection juridique valable aux personnes handicapées.

Nous devons faire du Canada un pays où on valorise réellement les personnes handicapées, au lieu de simplement les tolérer. Nous avons besoin de trois lois.

La première est une loi canadienne sur les personnes handicapées, une LCPH; nous devons également adopter une loi sur la parité en santé mentale, et une loi fédérale sur l'éducation des personnes handicapées. C'est grâce à des lois fédérales comme celles-là que les personnes handicapées vivent considérablement mieux aux États-Unis qu'au Canada. Aux États-Unis, l'égalité des services, des emplois et du logement pour les personnes autistes et les autres personnes handicapées n'est pas facultative. C'est la loi.

La première loi suggérée, la LCPH, est une loi générale portant sur les droits des personnes handicapées et visant à protéger toutes les personnes handicapées. Une telle loi serait relativement facile à adopter au Canada, car elle s'appliquerait à toutes les personnes handicapées, et jouirait probablement de l'appui d'une coalition de personnes handicapées de partout au pays. Certes, la LCPH servirait les intérêts supérieurs de toutes les personnes vivant avec un handicap.

La deuxième loi concerne la parité en santé mentale. Bien que plus étroite dans sa portée, elle jouerait un rôle très important au Canada. La LPSM interdirait aux compagnies d'assurance-maladie de faire de la discrimination en refusant de

illness or mental disability. In the U.S., over 26 MHPAs have been ratified. In 1996, the U.S. Congress passed a federal Mental Health Parity Act. This kind of vitally important legislation for autism equality may well face resistance in Canada because the health insurance companies that would be affected by such an equality law are the provincial government agencies. In other words, by design, medicare is a government-owned and operated health insurance monopoly in every province that fights tenaciously to keep children with autism out of our health care system. However, this is still worth pursuing.

The last piece of U.S. legislation is the Individuals with Disabilities Education Act. This act refers to children in the education system. Under this important disability legislation, many thousands of children with autism have had their medically necessary autism programs paid for by the educational system when they reached school age, and although education falls under the provincial realm in Canada, this is still an absolutely necessary piece of federal legislation so that children with autism can receive their treatment, just as other children with other medical disabilities do, while they attend public school.

We also need to establish academic chairs for medically necessary autism treatment in every province. We have research chairs, but we do not have any that actually help promote more professionals entering the field.

We need an independent inquiry into the judicial process. Although the *Auton* case is over and nothing can be done formally to reverse the profound miscarriage of justice, we must look at the decision. There are 22 technical errors in the high court's ruling, and we will make those errors public soon. Although this kind of inquiry may not help children with autism directly, it will shine a necessary spotlight on possible government impropriety in the *Auton* case, political meddling and rule breaking that affected a purportedly independent judicial process, which is so critical to a free and democratic society.

Why is taking on the autism issue and disability rights such a good cause for political leaders? Why should we be paying attention to this today? Let me tell you why.

After the Supreme Court handed down its ruling, we went to Ipsos-Reid and asked them to conduct a survey for us. Canadians were asked, "Even in light of the Supreme Court ruling, do you believe that children with autism should be part of the medicare system?" I will tell you that 89 per cent, a majority of Canadians — 91 per cent in Ontario, Senator Keon — said yes. That is the will of the Canadian people. Those are the taxpayers who do not

couvrir les traitements liés à une maladie mentale ou à un handicap mental. Aux États-Unis, plus de 26 LPSM ont été promulguées.

En 1996, le congrès américain a édicté une Mental Health Parity Act fédérale. Ce genre de loi, d'une importance vitale pour l'égalité des autistes, pourrait être confrontée à une forte résistance au Canada, car les assureurs qui seraient touchés par une telle loi sont des organismes des gouvernements provinciaux. Autrement dit, de par sa nature, l'assurance-maladie est un monopole que chaque gouvernement provincial contrôle et qui lutte avec ténacité pour exclure les enfants autistes de notre système de soins de santé. Néanmoins, c'est une démarche qui mérite d'être amorcée.

La dernière loi américaine dont je veux vous parler est l'Individuals with Disabilities Education Act. Cette loi concerne les enfants qui sont dans le système d'éducation. En vertu de cette importante loi relative aux personnes handicapées, les programmes médicalement nécessaires aux autistes ont été payés par le système d'éducation pour les milliers d'enfants autistes lorsqu'ils atteignaient l'âge scolaire; même si l'éducation est une compétence provinciale au Canada, il est absolument nécessaire d'adopter une loi fédérale permettant de veiller à ce que les enfants autistes puissent recevoir leur traitement tout en fréquentant l'école publique, tout comme le font les enfants atteints d'autres handicaps.

Nous devons également établir, dans chaque province, des chaires de recherche sur le traitement médicalement nécessaire pour l'autisme. Nous avons des chaires de recherche, mais aucune d'elles ne contribue réellement à inciter d'autres professionnels à entrer dans le domaine.

Nous devons mener une enquête indépendante à l'égard du processus judiciaire. Même si l'affaire *Auton* est terminée, et qu'on ne peut officiellement rien faire pour inverser ce grave déni de justice, nous devons examiner la décision. Il y a 22 erreurs techniques dans la décision du tribunal de grande instance, et nous allons bientôt les rendre publiques. Même si ce type d'enquête n'aidera peut-être pas directement les enfants autistes, il permettra de faire toute la lumière nécessaire sur la possibilité de pratiques gouvernementales irrégulières dans l'affaire *Auton*, d'ingérence politique et de non-observation des règles qui auraient influé sur l'issue d'un processus judiciaire censé être indépendant, élément crucial d'une société libre et démocratique.

En quoi les dirigeants politiques ont-ils avantage à adopter une telle position à l'égard de l'autisme et des droits des personnes handicapées? Pourquoi devrions-nous prêter attention à cette question aujourd'hui? Laissez-nous vous dire pourquoi.

Quand la Cour suprême a tranché, nous avons demandé à Ipsos-Reid de mener un sondage pour nous. On a posé la question suivante aux Canadiens : « Malgré la décision de la Cour suprême, croyez-vous que les enfants autistes devraient être couverts par le régime d'assurance-maladie? » Eh bien, 89 p. 100 des répondants, une majorité de Canadiens — 91 p. 100 en Ontario, sénateur Keon — ont répondu oui. C'est la

want to pay the institutionalization costs of these children and who do not want to see Canada, one of the richest nations in this world, turn its back on innocent children.

The chamber of sober second thought, the last hope for children with autism: The purpose of the Senate was said to be to act as a chamber of sober second thought. I am absolutely convinced that the only chance children with autism have is sitting before me today. The idea of a child's life wasted, destroyed, merely because of systemic attitudinal discrimination rooted deeply behind government walls and policy is, beyond doubt, a most sobering reality. These citizens have nowhere left to turn, no current laws to protect them, no humanitarian agency to defend them. Who then but you do they have to cry out to, our chamber of sober second thought?

Our government has said our goal in this Parliament, in all pursuits, must be to ensure that future generation of Canadians have every reason to feel the same way about their country as we do, to experience that surge of pride, that jolt of confidence, that intangible and unmistakable feeling that we are all part of something special. Children with autism are not part of something special. Their treatment can only be paralleled with that of Japanese Canadians during World War II, who were rounded up and placed in internment camps. Institutions, if you want to call them that.

If we complacently allow government and society to treat children with autism as second-class citizens, then we massacre the vision of Canada, the legacy left by one of this country's greatest leaders, Pierre Elliott Trudeau. His vision of Canada died the day those tiny disabled feet pattered into the Supreme Court of Canada, only to be impaled by both provincial and federal legal armies determined to defeat their equality rights.

Society should be judged by how it treats those who need help, and on this score, sadly, I must say Canada fails miserably. You must in your sober capacity bring in new legislation, so this black mark on the social fabric of this nation never occurs again. You have the power to save these lives.

The Kirby report is a strong indication of your will and purpose, a big first step in the protection of the disabled. I ask you now to take the second: Go back to Ottawa and ensure that children with autism will belong to Trudeau's vision of Canada, so that they too can be proud to be an equal part of this nation. Once the necessary federal legislation is in place, then we can discuss solutions to the regulation of autism treatment in an effective and prudent manner.

volonté de la population canadienne. Il s'agit des contribuables qui ne veulent pas assumer le coût du placement en établissement de ces enfants et qui ne veulent pas voir le Canada, l'un des pays les plus riches au monde, tourner le dos à des enfants innocents.

La chambre de second examen modéré et réfléchi est le dernier espoir des enfants autistes : on dit que le mandat du Sénat consiste à agir comme une chambre de second examen modéré et réfléchi. Je suis tout à fait convaincue que la seule chance qu'il reste aux enfants autistes est assise devant moi aujourd'hui. L'idée que la vie d'un enfant puisse être gaspillée, détruite, par une simple discrimination psychologique systémique profondément enracinée au cœur même du gouvernement et de ses politiques, est une réalité qui, certes, donne à réfléchir. Ces citoyens n'ont aucun autre recours, aucune loi pour les protéger, aucun organisme humanitaire pour les défendre. Auprès de qui peuvent-ils demander de l'aide, si ce n'est de vous, notre chambre de second examen modéré et réfléchi?

Notre gouvernement a dit que le Parlement doit toujours se donner pour but de veiller à ce que les générations futures de Canadiens aient de bonnes raisons de percevoir leur pays comme nous le faisons, de ressentir cette intense fierté, cette poussée de confiance, ce sentiment intangible et irrésistible selon lequel nous faisons tous partie de quelque chose d'exceptionnel. Les enfants autistes ne font pas partie de quelque chose d'exceptionnel. La façon dont on les traite ne peut être comparée qu'au sort réservé aux Canadiens japonais pendant la Seconde Guerre mondiale, lorsqu'on les a regroupés et confinés dans des camps d'internement ou des établissements, si vous préférez.

Si nous acceptons tout bonnement de laisser le gouvernement et la société traiter les enfants autistes comme des citoyens de seconde zone, nous massacrons par le fait même cette vision du Canada, cet héritage qui nous a été légué par l'un de nos plus grands chefs, Pierre Elliott Trudeau. Sa vision du Canada s'est éteinte le jour où ces jeunes enfants handicapés se sont présentés devant la Cour suprême du Canada, seulement pour se faire détruire par des armées juridiques provinciales et fédérales déterminées à les priver de leurs droits à l'égalité.

La société devrait être jugée en fonction de la façon dont elle traite ceux qui ont besoin d'aide; or, à ce chapitre, je regrette de devoir dire que le Canada échoue lamentablement. Vous devez, de la façon modérée et réfléchie qui vous caractérise, proposer de nouvelles lois afin que le tissu social de notre pays ne soit plus jamais entaché de cette façon. Vous avez le pouvoir de sauver ces vies.

Le rapport Kirby témoigne fermement de votre volonté et de votre détermination; c'est un premier pas important pour la protection des personnes handicapées. Je vous demande maintenant d'en faire un deuxième : retournez à Ottawa, et veillez à ce que les enfants autistes appartiennent à la vision du Canada qui nous a été léguée par Trudeau, afin qu'ils puissent également être fiers d'être membres à part entière de notre pays. Une fois la législation fédérale nécessaire en place, nous pourrions parler de solutions en ce qui concerne la réglementation du traitement de l'autisme, d'une manière efficace et prudente.

The vision of Sir John Leo Whitney, founding father of Ontario's Hospital Insurance Plan, died too. His vision was to create a sustainable health care system based on need, and not ability to pay. I implore you, for the future of my son, Lucas, resurrect my grandfather's legacy to this province through new federal legislation and strong moral decision, so that my son and others like him are not barred from it. Thank you.

The Chairman: Thank you, Norrah, and next, we have a presentation from Carolyn Mayeur. You have the text with you.

Ms. Carolyn Mayeur, as an individual: Yes, you do, although I deviated from that text, I have to warn you. I did set out a few pictures, if you will circulate them, because my daughter wanted to tell her story and to put a human face to this illness, which is treated as invisible, which is really the leprosy of our mental health illnesses, one of the few areas where the victim is still totally blamed for a physical and mental illness.

Thank you for allowing me to return to this committee. This is the biggest ray of hope that I have seen in well over a dozen years. I speak as the mother of a young woman who died after eight years adrift with severe anorexia-bulimia in a medical system that basically ignored this most deadly of the mental illnesses.

If you are a young woman in Canada, you are 12 times more likely to die of an eating disorder than all other illnesses combined. We have 65,000 AIDS patients in Ontario. It is estimated, between those who seek help and those who hide in their houses, that there are as many as 140,000 eating-disordered patients in Ontario, and I get to talk to a lot of them in my advocacy work, people who have lived to 90 years struggling with this, just above the death line — 65 years.

For those who are untreated, 33 per cent at least, this becomes a chronic illness. For those who survive it, 33 per cent learn how to manage it so that they can live a life, and 20 per cent of anorexics do not make it.

I mention those numbers because in our province, we allocate a total of \$7.7 million for well over 20 centres across Ontario. After you try to pay the secretarial and business costs, et cetera, you can imagine what that leaves for the care of our people.

In our central-west eating-disorder treatment area, which includes Kitchener, Cambridge, Guelph, all of Halton, all of Peel, all of Dufferin, Brampton, our total budget is \$1.3 million for six centres. We cannot offer a single day program. We cannot offer a single bed, and Homewood, which is in the area, has now

La vision de Sir John Leo Whitney, père de l'Assurance-santé de l'Ontario, s'est également éteinte. Sa vision consistait à créer un régime de soins de santé durable, fondé non pas sur la capacité de payer, mais bien sur le besoin. Je vous supplie, pour l'avenir de mon fils Lucas, faites renaître l'héritage qu'a légué mon grand-père à cette province grâce à une nouvelle loi fédérale et de solides assises morales, afin que mon fils et les autres autistes n'en soient pas exclus. Merci.

Le président : Merci, Norrah. Ensuite, nous avons un exposé de Carolyn Mayeur. Vous avez un texte avec vous.

Mme Carolyn Mayeur, à titre personnel : Oui, vous en avez un, mais je tiens à vous avertir que je ne m'en tiens pas au texte. J'ai apporté quelques photos — que je vous prierais de faire circuler —, car ma fille voulait raconter son histoire et mettre un visage humain sur cette maladie, dont on ne s'occupe pas, laquelle est vraiment l'équivalent de la lèpre parmi nos maladies mentales, l'une des rares situations où l'on continue de blâmer la victime de son mal physique et mental.

Je vous remercie de me laisser comparaître de nouveau devant votre comité. C'est la plus vive lueur d'espoir que j'ai vue depuis plus de 12 ans. Je prends la parole à titre de mère d'une jeune femme qui, après huit ans aux prises avec un grave problème d'anorexie-boulimie, est décédée dans un système médical qui, essentiellement, ne se préoccupe pas de cette maladie mentale des plus mortelles.

Si vous êtes une jeune femme au Canada, vous êtes 12 fois plus susceptibles de mourir d'un trouble alimentaire que de toutes les autres maladies combinées. Nous avons 65 000 patients atteints du sida en Ontario. On estime qu'entre les personnes qui demandent de l'aide et celles qui restent cachées chez elles, il pourrait y avoir jusqu'à 140 000 personnes aux prises avec un trouble alimentaire en Ontario, et j'ai l'occasion de parler à beaucoup d'entre elles dans le cadre de mes activités de revendication; il s'agit parfois de personnes qui se sont débattues avec ce problème jusqu'à l'âge de 90 ans, tout juste au-dessus du seuil des décès — 65 ans.

Pour celles qui ne sont pas traitées, c'est-à-dire au moins 33 p. 100, ce trouble devient une maladie chronique. Parmi celles qui survivent, 33 p. 100 apprennent comment gérer leur situation et vivre leur vie, et 20 p. 100 des anorexiques succombent à la maladie.

Je mentionne ces chiffres, car, dans notre province, nous affectons au total 7,7 millions de dollars à plus de 20 centres, partout en Ontario. Après les coûts liés à l'administration et au fonctionnement, et les autres coûts, on peut imaginer ce qui reste pour prendre soin de nos gens.

Dans notre région du Centre-Ouest, qui comprend Kitchener, Cambridge, Guelph, tout Halton, tout Peel, tout Dufferin et Brampton, notre budget total pour le traitement des troubles alimentaires est de 1,3 million de dollars pour six centres. Nous ne pouvons offrir aucun programme de jour. Nous ne pouvons offrir

gone to private beds. Toronto General is cutting back, and in Hamilton, where some of our people from Burlington flee, their funding is precarious as well.

This is an epidemic that is not being addressed. There should be a strategy coming from many directions. These are our young people. That is where it first presents. We are seeing kids as young as seven years old, boys, with full-blown anorexia.

Part of the problem is that it has not been declared a disease, yet it is a mental and a physical illness. Doctors have trouble trying to decide which it is, and so nobody is doing much of anything about either aspect of it. Yet research, including the international genetic study of siblings, in which my family participated, is showing more and more that there is a strong genetic component to this disease. There are three short genes that indicate a predisposition to loss of appetite, sense of self, sleep, thirst, some of the indicators of this illness, and that there is also a chemical imbalance at play, about which not too much is known because, of course, despite the numbers being touched by the disease, there is precious little research, so I really would plead for equity of research in these underserved areas. These are our young people, after all.

Hospitals do not have allocated critical care beds for this illness, so they go to great lengths to not take anybody on. Danielle presented three times, at 69 pounds, at 76 pounds, and the admitting doctor did a blood test, said her potassium level was fine — translation, her heart is not going to stop within the next five minutes — so she was medically fine and there was no reason to have her in the hospital. I am sitting there thinking, yes, and every part of her body is shrinking, every organ, every muscle, bones, the brain — all of it. The brain is 60 per cent fat. As you can imagine, if you are eating your body, you are also damaging your brain.

This is a life-threatening illness. One problem we have in central-west is that we cannot get doctors to do the physical medical assessment at our six clinics. We cannot get them to come to local hospitals. I do not know whether it is the pay scale or what, but when you have a child who is severely ill and you cannot even get a physical assessment, it is very frustrating.

Within the mainstream of the medical system, Danielle often faced hostility from her medical treatment providers. She was treated as if this was some kind of wilful teenage thing, some kind of hissy fit that she was having. Not true. The brain is co-opted by something like a computer virus that keeps sending out the same

aucun service d'hospitalisation; et à Homewood, localité située dans la région, on offre désormais des services d'hospitalisation privés. L'hôpital général de Toronto fait des compressions, et à Hamilton, où une partie de nos gens de Burlington tentent d'obtenir de l'aide, le financement est tout aussi précaire.

C'est une épidémie qui ne fait l'objet d'aucune mesure. Elle devrait faire l'objet d'une stratégie multipartite. Il s'agit de nos jeunes. C'est là que la maladie se manifeste. Nous voyons des enfants de sept ans, des garçons, aux prises avec de graves problèmes d'anorexie.

Une partie du problème tient au fait que ce trouble n'est pas encore considéré comme une maladie, alors qu'il s'agit effectivement d'une maladie mentale et physique. Les médecins éprouvent de la difficulté à déterminer si ce trouble est d'origine mentale ou physique, de sorte que personne ne fait grand-chose à l'égard d'un aspect ou de l'autre. Pourtant, la recherche, y compris l'étude internationale sur la génétique des frères et sœurs, à laquelle ma famille a pris part, attribue de plus en plus un rôle important à la génétique à l'égard de cette maladie. Il y a trois gènes courts qui indiquent une prédisposition à la perte d'appétit, de l'estime de soi, du sommeil et de la soif — quelques-uns des indicateurs de cette maladie. Elle montre aussi le rôle que joue un déséquilibre chimique à l'égard duquel on sait bien peu de chose, bien sûr, car, malgré le nombre de personnes touchées par cette maladie, on mène peu de recherche, alors je lance un appel à l'équité de la recherche pour ce qui est de ces domaines négligés. Il s'agit de nos jeunes, après tout.

Les hôpitaux n'ont pas affecté de place aux soins intensifs pour les personnes atteintes de cette maladie, alors ils se donnent beaucoup de mal pour ne pas accepter de cas. Danielle s'est présentée à l'hôpital à trois reprises — à 69 livres, à 76 livres — et le médecin chargé de l'admission a demandé une analyse sanguine. Il a conclu que le niveau de potassium dans le sang de Danielle était convenable — autrement dit, que son cœur ne s'arrêterait pas au cours des cinq prochaines minutes —, qu'elle allait bien, et qu'il n'y avait aucune raison de l'hospitaliser. Je suis là, devant lui, et je me dis : « oui, bien sûr, et tout son corps s'atrophie, chaque organe, chaque muscle, ses os, son cerveau — tout. Le cerveau est constitué à 60 p. 100 de matière grasse. Comme vous pouvez l'imaginer, si vous hypothéquez votre corps de cette façon, vous endommagez également votre cerveau.

C'est une maladie qui peut être mortelle. L'un des problèmes que nous avons dans le Centre-Ouest, c'est que nous ne pouvons pas convaincre des médecins de venir faire des examens médicaux dans nos six cliniques. Nous n'arrivons pas à les faire venir dans les hôpitaux locaux. J'ignore si cela tient à l'échelle de rémunération ou à autre chose, mais quand on a un enfant gravement malade et qu'on ne peut même pas lui faire subir un examen médical, c'est très frustrant.

Au sein du système de soins de santé, Danielle a souvent été confrontée à l'attitude hostile des fournisseurs de traitements médicaux. On l'a traité comme si son état découlait d'un désir d'adolescente de perdre du poids, d'une sorte de caprice. C'est faux. Le cerveau est pris en otage par quelque chose qui ressemble

message in a stronger voice, and there is a huge internal struggle to assert a voice that is saner. Every bite, every step, was a genuine struggle for her.

In addition, she did not receive care for anything not deemed part of the problem. Her bones deteriorated to the point where she was off the chart, but she was not eligible for the bone medicines because they only went to 65-year-olds. Never mind that her body was old, dying and worn out. She did not qualify. She did not receive use of the air bed, although they brought one into her room in the hospital in the hour before she died to relieve the pain of the bones and the muscles that had all withered so much that she had no range of motion.

Danielle put herself on a wait list immediately, because when a patient presents, the best-practice wait time is one month for assessment and then a month later to begin treatment. She was on that wait list for three years — three years for that virus to spread through her whole memory field, to co-opt every current experience, to become more entrenched.

There should be communities of care for these illnesses. They need to be treated differently. These people really need support to stay motivated, to be courageous and to retrain the thinking process; and in Danielle's case, to deal with the fact that she had been raped in that group home and that is why she could not face eating and plummeted so rapidly. However, there was no treatment for stress syndrome.

We finally paid \$2,400 to a rape therapist after Danielle told us two-and-a-half years later about this trauma that had so trashed her soul; and while I am at it, I just want to say, for the 50 per cent of severe anorexics who are victims of incest or sexual attack or violence within the home, if you can, change the laws around sexual crimes. This is not social misconduct. This is a destruction of the personality and soul, and people should not be free, after three months or three years, to walk out and do it again. It is the same as murder, and the laws and the penalties should reflect that.

In any event, Danielle needed comprehensive treatment. By the time she finally got into the program, they said, "You have post-traumatic stress disorder, you have severe obsessive/compulsive disorder, you have..." and gave her a list of things that could have been treated three years earlier, but they only had a three-month, one-size-fits-all program.

Every eating-disorder victim gets into a complex situation involving different factors that all hit together and treatment has to be individualized. Would you let a cancer spread for three years and then say to the patient, "Okay, now everybody gets the exact

à un virus informatique qui transmet le même message, toujours plus puissant, et il s'ensuit une énorme lutte interne pour tenter d'imposer un message plus sain. Chaque bouchée, chaque pas étaient une véritable lutte pour elle.

De plus, elle n'a reçu aucun soin à l'égard de toute chose n'étant pas considérée comme liée au problème. Ses os étaient dans un état déplorable, mais elle n'était pas admissible aux médicaments pour les os, car ils étaient réservés aux 65 ans et plus. Que son corps soit déjà vieux, mourant et usé était sans importance : elle n'était pas admissible. On ne lui a permis d'utiliser un lit fluidisé que lorsqu'on en a apporté un dans sa chambre d'hôpital, une heure avant qu'elle meure, pour soulager la douleur occasionnée par le dépérissement de ses os et de ses muscles, qui lui enlevaient toute amplitude de mouvement.

Danielle s'était fait inscrire immédiatement sur la liste d'attente, car, lorsqu'un patient présente une demande, il peut s'attendre à attendre un mois pour l'évaluation et un autre mois pour le traitement, dans le meilleur des cas. Elle est demeurée sur la liste d'attente pendant trois ans — ce virus a eu trois ans pour s'immiscer dans tout son champ de mémorisation, pour s'approprier toute expérience courante, pour s'enraciner toujours davantage.

Il devrait y avoir des unités de soins pour ces maladies. Ces personnes ont besoin d'être traitées différemment. Elles ont vraiment besoin de soutien pour demeurer motivées, être courageuses et reformuler leurs processus cognitifs, et, dans le cas de Danielle, pour composer avec le fait qu'elle avait été violée dans ce centre d'accueil. C'est pour cette raison qu'elle ne pouvait se résoudre à manger, et qu'elle s'est effondrée si rapidement. Toutefois, il n'y avait pas de traitement pour le syndrome du stress.

Nous avons fini par payer 2 400 \$ pour un thérapeute, après que Danielle nous a raconté, deux ans et demi plus tard, cet événement traumatisant qui avait détruit son âme. Pendant qu'on y est, j'aimerais seulement dire que, pour les 50 p. 100 de personnes aux prises avec une anorexie grave qui sont victimes d'inceste ou d'agression sexuelle ou de violence à la maison, changez les lois touchant les crimes sexuels, si vous le pouvez. Il ne s'agit pas d'un simple écart de conduite. C'est la destruction d'une personnalité et d'une âme, et les gens qui commettent ces actes ne devraient pas avoir la possibilité de récidiver trois mois ou trois ans plus tard. C'est la même chose qu'un meurtre, et les lois et sanctions devraient refléter cela.

En tout cas, Danielle avait besoin d'un traitement complet. Quand on l'a enfin admise au programme, on lui a dit : « vous souffrez d'un syndrome de stress post-traumatique, vous souffrez d'un trouble obsessionnel-compulsif grave, vous souffrez... » et on lui a fourni une liste de problèmes qui auraient pu être traités trois ans auparavant, mais on n'offrait qu'un programme de trois mois, le même programme pour tout le monde.

Chaque victime d'un trouble alimentaire vit une situation complexe qui met en jeu divers facteurs agissant simultanément, et le traitement doit être personnalisé. Est-ce qu'on laisserait un cancer se répandre pendant trois ans, pour ensuite dire au

same chemotherapy treatment for three months, and then you are sent home; if you relapse, you did not have the right attitude"? That is what is happening. That is what happened to Danielle.

Now, bulimics often survive much better in group treatment, but anorexics, severe anorexics, need an individualized, intensive treatment plan. For some of them, this complicated illness requires many months of complicated care, and the system should allow for the personnel to treat them.

There should be, until there is some continuity in the system, a case worker. I spent hundreds of hours on the phone, waiting on hold, then being cut off, waiting on hold again, eventually connecting, calling every ministry to find out what services there were. There were none.

Hopefully, there are some now, but with Toronto General cutting back, they had the glib nerve to say that this will be picked up within the community. I am sorry; we do not have support services in our community. Public Health does nothing about this, and our eating disorder support centre can barely manage to keep its therapists and operate the outpatient program that they do. It just amazed me.

I would say that the discrimination, the unwillingness to treat this illness within the complex of all other illnesses, is partly because it is a woman's thing, or it was. We are now finding a lot more male victims. It is partly because it is still viewed as neurotic behaviour, which it is not, and there is a long way to go, even within the psychiatric profession, in terms of how they understand this illness. When the local psych group was given the option of some block funding, they told us that eating disorders were at the bottom of their list when allocating the funds. It is not there.

I am beginning to think that there should be block funding for mental health, separate from other kinds of health, simply because mental health tends always to be under-prioritized. If there were block funding for mental health, I would mandate that currently underserved areas should first be brought up to a position of equity with other areas. Otherwise, you just perpetuate the inequity.

The current evidence-based criteria on which they fund their community program needs really need to be reworked. We know that in cancer and other areas, support programs facilitate recovery, and we know, through the \$150,000 study that the ministry did of the programs at Sheena's Place, that there was a

patient : « d'accord, maintenant, tout le monde reçoit exactement le même traitement de chimiothérapie pendant trois mois, et on vous renvoie ensuite à la maison; si vous faites une rechute, c'est que vous n'aviez pas la bonne attitude »? C'est ça qui se produit. C'est ce qui est arrivé à Danielle.

Bien souvent, les boulimiques se tirent d'affaire beaucoup mieux dans le cadre d'un traitement en groupe, mais les anorexiques, les cas d'anorexie graves, exigent un plan de traitement intensif et personnalisé. Dans certains cas, cette maladie compliquée exige de nombreux mois de soins compliqués, et le système devrait prévoir le personnel nécessaire pour dispenser ces soins.

Chaque dossier devrait être confié à un agent particulier, jusqu'à ce qu'il y ait une certaine continuité dans le système. J'ai passé des centaines d'heures au téléphone, à me faire mettre en attente, à me faire raccrocher au nez, à me faire mettre de nouveau en attente, à enfin parler à quelqu'un, à téléphoner à chaque ministère pour m'informer des services disponibles. Il n'y en avait aucun.

J'espère qu'il y en a maintenant, mais, avec les compressions budgétaires qui frappent l'hôpital général de Toronto, ils ont eu le culot de dire que se serait la collectivité qui prendrait le relais. Je regrette, mais il n'y a pas de services de soutien dans notre collectivité. La Santé publique n'intervient pas, et notre centre de soutien aux personnes souffrant de troubles alimentaires arrive à peine à garder ses thérapeutes et à maintenir son programme de consultation externe. J'en étais bouche bée.

Je dirais que la discrimination, le refus de traiter cette maladie de la même façon que les autres maladies, tient partiellement au fait que c'est une affaire de femme, ou que ça l'était. Nous découvrons maintenant beaucoup plus de victimes de sexe masculin. Cela tient partiellement au fait que les troubles alimentaires sont toujours assimilés à un comportement névrosé, ce qui est erroné, et qu'il y a encore beaucoup de chemin à faire, même au sein de la profession psychiatrique, pour ce qui est de comprendre cette maladie. Quand on a offert au groupe de psys locaux l'occasion de toucher un financement global, ils ont répondu que les troubles alimentaires étaient au bas de la liste des priorités pour l'affectation de fonds. Il n'y a pas d'argent.

Je commence à croire qu'on devrait affecter un financement global pour la santé mentale, un budget distinct de celui qui vise les autres formes de soins de santé, tout simplement parce que la santé mentale a toujours tendance à échapper aux priorités des décideurs. Si on attribuait un financement global pour la santé mentale, je veillerais d'abord à ce qu'on établisse l'équilibre entre les domaines négligés et les autres. Sinon, on ne fait que perpétuer l'iniquité.

Il faut vraiment revoir les critères fondés sur les résultats qu'on utilise actuellement pour financer les programmes communautaires. Nous savons que, dans le cas du cancer et d'autres domaines, les programmes de soutien favorisent le rétablissement, et nous savons, grâce à l'étude des

high reported improvement in relationships, in ability to cope, and a lot of other factors that keep these victims leading a half-life, sometimes for decades.

Sheena's Place support services are not a frill. They are a necessary component for recovery. Anorexics are really out of touch with their bodies and 90 per cent of their thought time is around, in a loop, food, weight, calories and thinness. Danielle burned herself on a space heater, and it never healed because the body was too busy trying to keep going to do things like healing, but she was oblivious to that. It is rather like Lamaze training, where you focus on something else to distract yourself from pain. When you are that focused, as these people are so intensely, you do not even know you are dying, which was the case with Danielle.

The three-month, one-size-fits-all day program got Danielle fattened up. She kept coming back, saying, "But mom, nobody is helping me with these voices in my head and these thoughts in my mind." Why? She needed intensive cognitive behavioural help.

One sarcastic nurse said to us, "Well, what exactly do you expect of us?" and I said, "I would like to find a cognitive behavioural therapist for Danielle and a psychiatrist who could work with different medications until he found the right one for her severe suicidal impulses five days every month." The nurse looked at me and said, "You are being absolutely unrealistic." That is what she needed.

To say, in the case of my daughter, and these other daughters — because I meet parents who have lost daughters recently — that it is unrealistic to expect that treatment that has been proven to work will be there, is truly a huge problem.

In addition, do not house these patients on cold, mixed-sex psych wards. Danielle's rape crisis counsellor — I think I told you we paid \$2,400 to get this counselling because it is not provided — told us that half of her time was spent dealing with the trauma Danielle experienced during two two-week periods on two different psych wards in our region. I never probed Danielle as to what the trauma was, but these young people should be in a safe place.

The psych ward was a cold place where the nurses all huddled behind glass walls. There was very little interaction with patients, except to administer drugs, and no therapy. She never received any therapy when she was on a psych ward, anything to help her deal with whatever she was dealing with.

programmes de Sheena's Place réalisée par le ministère, laquelle a coûté 150 000 \$, qu'il y a eu une amélioration marquée au chapitre des relations, de la capacité d'adaptation et de nombreux autres facteurs; or, sans ces améliorations, ces victimes ne vivent qu'à moitié, parfois pendant des décennies.

Les services de soutien dispensés par Sheena's Place ne sont pas superflus. Ils constituent un élément nécessaire au rétablissement. Les anorexiques ne sont vraiment pas à l'écoute de leur corps, et 90 p. 100 du temps de réflexion est consacré à une succession d'idées touchant la nourriture, le poids, les calories et la perte de poids. Danielle s'est brûlée sur une chauffeuse, et elle n'a jamais guéri, car son corps était trop occupé à essayer de tenir le coup pour faire des choses comme guérir, mais elle n'en était pas consciente. Cela fait penser à la méthode de Lamaze, où l'on se concentre sur autre chose pour oublier sa douleur. Quand on est à ce point centré sur quelque chose, comme c'est le cas pour les anorexiques, on ne s'aperçoit même pas qu'on est mourant, et c'est ce qui est arrivé à Danielle.

Le programme de jour de trois mois destiné à s'appliquer à tout le monde a permis à Danielle de prendre du poids. Mais elle ne cessait de revenir à la maison et de dire : « mais maman, personne ne m'aide à composer avec ces voix dans ma tête et ces pensées dans mon esprit. » Pourquoi? Elle avait besoin d'une thérapie cognitivo-comportementale intensive.

Une infirmière s'est mise à railler : « eh bien, qu'est-ce que vous attendez de nous, exactement? » Et je lui ai répondu : « j'aimerais trouver une thérapie cognitivo-comportementale pour Danielle, ainsi qu'un psychiatre qui pourrait utiliser divers médicaments jusqu'à ce qu'il trouve celui qui permettra à Danielle de composer avec les graves pensées suicidaires qui la rongent cinq jours par mois. » L'infirmière m'a regardé, et a dit : « vous rêvez en couleur. » C'est de cela que Danielle avait besoin.

Dire, dans le cas de ma fille, et de ces autres filles — puisque je rencontre des parents qui ont perdu leur fille récemment — qu'il n'est pas réaliste de s'attendre à ce que le traitement dont l'efficacité est éprouvée soit disponible montre à quel point le problème est énorme.

De plus, il ne faut pas héberger ces patients dans des unités psychiatriques peu accueillantes et mixtes. La thérapeute qui a aidé Danielle à composer avec le viol — je vous ai dit que nous avons payé 2 400 \$ pour ses services, car cela n'est pas fourni — nous a dit qu'elle a passé la moitié de son temps avec Danielle à s'attacher au traumatisme vécu par Danielle à l'occasion des deux séjours de deux semaines qu'elle a passé dans deux unités psychiatriques de notre région. Je n'ai jamais interrogé Danielle quant à la nature de ce traumatisme, mais ces jeunes devraient être dans un lieu sûr.

L'unité psychiatrique était un endroit peu accueillant, où les infirmières se réfugiaient derrière des murs vitrés. Il y avait très peu d'interaction avec les patients, sauf lorsque venait le temps de donner des médicaments, et on n'offrait aucune thérapie. Elle n'a bénéficié d'aucune thérapie lorsqu'elle était dans l'unité psychiatrique, rien qui ne puisse l'aider à composer avec ses problèmes.

I would say that for one-quarter of the bill for a psych ward in a hospital, you could provide residential treatment within the community for these patients, and that might decrease the level of self-loathing that is a peculiarity of this illness and the anxiety that they feel, understandably, on psych wards.

In addition, I think we should look at the entire concept of psych wards. How are we evaluating psych wards? By the number of people they put through? By the number of assessments they do? Danielle had dozens of assessments. What a waste of taxpayers' money. The money could have been better spent on treatment.

I would like to see wards in these areas actually have to conduct anonymous client evaluations at the end of stays, which should be counted too in their performance evaluation. You could ask very simple questions: Were you treated with respect? Were you treated with humanity? Did you have interaction with the staff? Did you receive any therapy? It would be very revealing. She was actually turned away from psych wards twice because the nurse said, "It is not good right now. It is too dangerous on the ward." Why is that her only option?

Now, when you talk to the ministry this afternoon, I would love you to ask them about what they spent last year to send 30 children to the States for residential treatment. We only allow \$7.7 million to treat people in Ontario; we are at the tip of the iceberg. You would be amazed at how many millions go into those 30 people that could better serve hundreds within our own province. They argue, "Well, that comes out of a different pocket." Excuse me, but it still comes out of the taxpayers' pocket. It is political, but it is not nice.

Schools, too, can play a role. The Robins report had suggested that there be mental health workers in all schools. This was not followed. In fact under the present funding formulas, we have very few guidance counsellors. There are offices. We can put in-house therapists in empty offices in guidance departments in high schools. They would be easier for kids to get to. I believe there should be regular screening for mental health through all the grades. Danielle had a chemical imbalance that started when she was very young, but there was no screening mechanism. We could have maybe prevented a lot of what happened if we had caught it early.

In addition, it would be easier for kids to access help. They are juggling work, what they have to do within the community to earn their credits for that, and a heavy homework load in the compressed curriculum, so having therapists available within the high school has a lot to recommend it.

Je dirais que, pour le quart du prix d'une hospitalisation dans une unité psychiatrique, on pourrait dispenser à ces patients des soins au sein de la collectivité, et cela pourrait peut-être atténuer le dégoût de soi qui est propre à cette maladie, ainsi que l'angoisse ressentie, à juste titre, dans les unités psychiatriques.

D'ailleurs, je crois que nous devrions revoir entièrement la notion d'unités psychiatriques. Comment évaluons-nous ces unités? En fonction du nombre de personnes qu'elles traitent? En fonction du nombre d'évaluations qu'elles font? Danielle a fait l'objet de dizaines d'évaluations. Quel gaspillage de fonds public. Il aurait mieux valu dépenser cet argent sur un traitement.

J'aimerais que les unités dans ce domaine soient tenues d'administrer un sondage anonyme auprès des clients qui obtiennent leur congé, et qu'on tienne également compte de ce sondage au moment d'évaluer le rendement de l'unité. On pourrait poser des questions très simples : est-ce qu'on vous a traité avec respect? Est-ce qu'on vous a traité avec compassion? Avez-vous été en contact avec le personnel? Avez-vous bénéficié d'une thérapie? Ce serait très révélateur. On a refusé à deux reprises d'admettre Danielle à l'unité psychiatrique parce que, selon l'infirmière, ce n'était pas un bon moment. L'unité était trop dangereuse. Pourquoi est-ce la seule option qui s'offre à elle?

Alors, lorsque vous parlerez au représentant du ministère cet après-midi, j'aimerais que vous lui demandiez combien on a dépensé pour envoyer 30 enfants subir un traitement en établissement aux États-Unis, l'an dernier. On ne prévoit que 7,7 millions de dollars pour traiter les gens en Ontario; nous sommes la pointe de l'iceberg. Vous seriez étonnés d'apprendre combien de millions de dollars ont été dépensés pour ces 30 personnes, de l'argent qui pourrait mieux servir des centaines de personnes dans notre province. Ils disent : « eh bien, cela vient d'un budget différent ». Je regrette, mais cela vient toujours des poches des contribuables. C'est peut-être politique, mais ce n'est pas gentil.

Les écoles peuvent également jouer un rôle. Le rapport Robins suggère qu'on affecte un professionnel de la santé mentale dans chaque école. Rien n'a été fait. De fait, sous le régime des plans de financement actuels, on compte très peu de conseillers d'orientation. Il y a des bureaux. Nous pouvons installer des thérapeutes internes dans les écoles secondaires où le bureau du conseiller d'orientation est inutilisé. Il serait donc plus facile pour les jeunes d'y avoir accès. Je crois qu'on devrait effectuer régulièrement des évaluations psychologiques dans toutes les classes. Danielle souffrait d'un déséquilibre chimique qui est apparu lorsqu'elle était très jeune, mais il n'y avait aucun mécanisme de dépistage. Nous aurions peut-être pu éviter beaucoup de choses si nous l'avions repéré plus tôt.

De plus, il serait plus facile pour les jeunes d'obtenir de l'aide. Ils doivent concilier le travail, les activités communautaires permettant d'obtenir les crédits nécessaires et une lourde charge de travaux scolaires dans le cadre du programme d'enseignement comprimé, de sorte qu'il serait très avantageux de mettre des thérapeutes à la disposition des étudiants, dans les écoles secondaires.

In addition, high school programs are discriminatory. There should be mandated modifications for those who suffer mood disorders. My son was brilliant — math, computers — but with his depression, he was unable to do the “in front of everybody” presentations that are 20 per cent of the OAC credit. Because he was unable to do two hours of presentations, he could not earn high enough marks to be eligible for university. Ironically, as a teacher myself at the high school level, I have modified programs for elite athletes, for students who were doing acting gigs in the States, but there is no modification for an illness.

Now, what does this mean? His salary, although he has a strong work ethic, is half that of his friends. They are buying houses. He still cannot afford to rent an apartment, and this is going to dog him all his life. It is a huge price to pay for the failure of the education system to recognize that there are times when you cannot do everything the same way.

Danielle was turned away three times at emergency rooms when she went there scared that she might act on these suicidal impulses, because she wanted to live. It was not an attention-getting thing. They laughed at her plans. They discounted her because she was shy and quiet, and sent her away three times. One time, five days later, she had a good plan and she overdosed. I found her.

When she was in Toronto for two years waiting for her turn that never came up, at our expense in a rented room, she would go to the hospital emergency and stay between the double doors, because there she could wait safely until the impulse passed. She knew it would pass, but she had to be safe until it did.

Now, most of the time she phoned me and kept me on the phone for two hours without telling me what it was about. I would say, “I have marking to do.” “Oh, but mom,” and she would redirect the conversation, but when she could not phone me, she went to emergency. There should be a safe place for people who are dealing with suicidal impulses.

We are working on a suicide prevention strategy in Halton because we had 96 cases in four years, but the committee there did not even think about eating disorders, although they kill more than any of the other mental illnesses. These attitudes around eating disorders are so entrenched.

Once, she actually overdosed unintentionally because she was taking the prescribed dosage of these medications, which were too much for her reduced bloodstream, reduced body size. Nobody was doing regular monitoring of her blood levels. Any central mental health facility within a community should have that available for all people who are on medication, so that you do not have these kinds of accidents.

De plus, les programmes secondaires sont discriminatoires. On devrait permettre la modification d'un programme en fonction de personnes souffrant de troubles de l'humeur. Mon fils était brillant — en mathématiques, en informatique — mais, souffrant de dépression, il était incapable de présenter des exposés « devant tout le monde », lesquels comptent pour 20 p. 100 des crédits du CPO. Parce qu'il a été incapable de présenter deux heures d'exposé, il n'a pas pu obtenir des notes suffisamment élevées pour être admissible à l'université. Pourtant, en ma qualité d'enseignante au secondaire, j'ai adapté les programmes en fonction des besoins d'athlètes d'élite, d'étudiants qui portaient en tournage aux États-Unis, mais on ne permet aucune modification pour une personne malade.

Alors, qu'est-ce que tout cela veut dire? Il touche la moitié du salaire de ses amis, malgré son solide sens de l'éthique au travail. Ces amis achètent des maisons. Il n'a même pas les moyens de louer un appartement, et cela va lui coller à la peau toute sa vie. C'est un prix énorme à payer, surtout lorsqu'il découle de l'incapacité du système d'éducation de reconnaître qu'il y a des moments où on ne peut pas tout faire de la même façon.

On a refusé à trois reprises d'admettre Danielle en salle d'urgence lorsqu'elle s'y est présentée, de peur de céder à ses idées suicidaires, parce qu'elle voulait vivre. Ce n'était pas pour avoir de l'attention. Ils ont ri de ses plans. Ils ne l'ont pas prise au sérieux, car elle était timide et peu agitée, et on l'a renvoyée à trois reprises. Un jour, cinq jours après avoir été renvoyée, elle a trouvé un plan efficace : la surdose. C'est moi qui l'ai trouvée.

Au cours des deux années qu'elle a passées à Toronto, à attendre son tour qui n'est jamais venu, dans une chambre louée à nos frais, elle se rendait à la salle d'urgence de l'hôpital et se tenait entre les portes, car, là, elle pouvait attendre, en toute sécurité, que ses idées suicidaires passent. Elle savait qu'elles passeraient, mais elle devait s'en assurer avant de partir.

La plupart du temps, elle m'appelait et me gardait au téléphone pendant deux heures, sans me dire de quoi il s'agissait. Je lui disais : « j'ai des travaux à noter » elle répondait : « oh, mais maman », et elle changeait de sujet, mais lorsqu'elle ne pouvait pas me téléphoner, elle se rendait à l'urgence. Il devrait y avoir un lieu sûr où les gens aux prises avec des idées suicidaires pourraient se rendre.

On élabore actuellement une stratégie de prévention du suicide à Halton, car nous avons eu 96 cas en quatre ans, mais le comité n'a même pas songé aux troubles alimentaires, même s'ils sont responsables d'un plus grand nombre de suicides que toute autre maladie mentale. Ces attitudes à l'égard des troubles alimentaires sont bien enracinées.

Un jour, elle a été victime d'une surdose lorsqu'elle a consommé la quantité de médicaments prescrite, en raison de sa circulation sanguine et de sa taille réduites. Personne n'assurait de suivi régulier de sa concentration sanguine. Tout établissement central de soins de santé mentale au sein d'une collectivité devrait avoir la possibilité d'assurer un tel suivi auprès de toutes les personnes sous médication, afin que de tels accidents ne se reproduisent pas.

In addition, coroners do not report eating-disordered deaths. They will put it down to liver failure, heart failure or suicide and do not mention the underlying illness. I plead with you, if there is any way you can mandate that coroners have to report the underlying illness and make their findings public, to do so. When I talk, as I do, to groups about prevention, and when I get newspaper articles to try to raise awareness around this, I have statistics that are in your face and real.

Yes, federal disability laws should change. Danielle was ineligible. She could still tie her shoes and feed herself and did not meet some of the limited criteria for disability at the time under the Canada Pension Plan. She could not begin to cover extraneous needs like dental care, like gloves for her hands that were so dry and cracked and bleeding for the last three years.

Perhaps necessary drugs for illnesses like this should be provided federally for those at lower income levels and not tied to whether or not you are on welfare. I know people who cannot get off Ontario welfare because they cannot afford to pick up their own medical costs, even if they could work. There is something wrong with that picture. Clinically, her osteoporosis was off the chart, and she could not get medicine for it.

Pension issues also need to be addressed. Actually, all three of us in our family have developed chronic illnesses because of the eight years of stress from living with somebody who at the end of her life looked like she had been in a concentration camp, and the incredible, non-productive stress of trying to access medical care and being told that we were out of line.

I remember asking the psychiatrist on one of our many trips to the psych ward, "Can we not get her to the Clark for an assessment so we can get her on the right medication?" He just laughed at me. He said, "What do you think the Clark will do for you?" Well, that shut us up, but six-and-a-half years into her illness, she found a wonderful therapist who was connected with the Clark and got her in there. They tried a regimen of different medications, and for a year and a half, she was not depressed, she was not suicidal. Her body was dying, but she was forming goals and enjoying a lot more of her life.

I developed severe fibromyalgia and ended up having to quit early and take a reduced pension. I am grateful now, in one sense, because I was able to spend the last three years with Danielle, and there was a lot of joy to be had in those years, despite her illness.

De plus, les médecins légistes ne font pas état de décès liés aux troubles alimentaires. Il sera plutôt question d'une insuffisance hépatique ou cardiaque, ou d'un suicide, et on ne fera aucune mention de la maladie sous-jacente. Je vous en prie, si vous connaissez un moyen d'obliger les médecins légistes à faire état de la maladie sous-jacente et à rendre publiques leurs conclusions, faites-le. Quand je parle de prévention à des groupes, ce que je fais, et quand j'obtiens des articles de journal visant à sensibiliser la population à cette question, cela me procure des statistiques frappantes et réelles.

Effectivement, il faudrait changer les lois fédérales relatives à l'invalidité. Danielle n'était pas admissible. Elle était encore capable de lacer ses souliers et de se nourrir, et elle ne satisfaisait pas à certains des critères limités utilisés à l'époque pour définir l'invalidité sous le Régime de pensions du Canada. Elle n'avait même pas les moyens de répondre à des besoins sans grande portée, comme les soins dentaires, comme une paire de gants pour ses mains, si sèches et craquelées et ensanglantées, et qui saignaient souvent au cours des trois dernières années.

Le gouvernement fédéral pourrait peut-être procurer les médicaments nécessaires aux personnes à faible revenu qui sont atteintes de ces maladies, sans pour autant limiter l'admissibilité aux assistés sociaux. Je connais des gens qui ne peuvent renoncer à l'aide sociale de l'Ontario, car ils n'auraient pas les moyens d'assumer leurs coûts médicaux, même s'ils pouvaient travailler. Il y a quelque chose qui cloche dans tout ça. Les résultats cliniques montraient que son problème d'ostéoporose était très grave, et elle était incapable d'obtenir les médicaments pour se traiter.

Il faut également se pencher sur la question des pensions. Dans notre famille, les trois d'entre nous qui restent avons commencé à souffrir de maladies chroniques en raison des huit ans de stress subi à vivre avec une personne qui, à la fin de sa vie, avait l'air de s'être échappée d'un camp de concentration, et du stress énorme et improductif que supposait le fait de tenter d'obtenir des soins médicaux et de nous faire dire que nous exagérons.

Je me rappelle, à l'occasion de l'une de nos nombreuses visites à l'unité psychiatrique, d'avoir demandé au psychiatre : « Ne pourrions-nous pas l'envoyer à l'Institut Clarke pour qu'on l'évalue et qu'on lui donne les médicaments dont elle a besoin? » Il m'a ri à la figure. Il a dit : « Qu'est-ce que vous pensez que l'Institut Clarke fera pour vous? » Eh bien, cela nous a coupé le sifflet, mais, six ans et demi après le début de sa maladie, elle a trouvé un merveilleux thérapeute qui avait des relations à l'Institut Clarke et qui a pu l'y faire admettre. Ils ont mis à l'essai un régime de médicaments et, pendant un an et demi, elle ne s'est sentie ni déprimée, ni suicidaire. Son corps mourrait, mais elle se donnait des buts et appréciait beaucoup plus la vie.

J'ai souffert d'une grave fibromyalgie, et j'ai fini par devoir quitter le travail plus tôt et accepter une pension réduite. Je m'en réjouis maintenant, d'une certaine façon, car cela m'a permis de passer les trois dernières années avec Danielle, et nous devons connaître de nombreux moments de joie au cours de ces années, malgré sa maladie.

To sum up, for all those families who might still have a future with their children who are eating disordered, I hope that any implementation plan will address the internal, systemic discrimination against this illness, the one mental illness for which the victim and the family are still blamed and the real treatment needs and suffering of these patients ignored.

The Chairman: Thank you, Ms. Mayeur. Finally, we have Betty Miller, who is the coordinator of a family council that was established to be the voice of family members.

Ms. Betty Miller, Coordinator of the Family Council, Centre for Addiction and Mental Health: I would like to start by saying thank you to Ms. Mayeur and Ms. Whitney for sharing their stories. I know it is not easy to tell your story, and so I appreciate that you are here today. It is a big step.

I confess that I cobbled my presentation together yesterday and it turned out it took 14 minutes, so I will have to jump in and alter it a little.

I think that we do need a national strategy, and I do not know exactly what that would look like, but I imagine it would set some minimum standards for practice across the country, develop a vision, leadership, and those kinds of things. I will leave it up to the people who know more about that sort of thing than I do to hash it out.

I will just jump in on page 2 of my presentation and hope that I do not go over seven minutes here. I will start by talking a little about consumer/survivors.

I am a consumer/survivor. I have an eating disorder, bulimia nervosa. I come from a family full of addictions, full of mental health problems. I have seven or eight diagnoses and have been on a hundred different medications. I have been a social worker for 27 years.

I believe that through federal government transfer payments to the provincial governments, you can provide some real leadership, and these are some of the things that families would like to see happen, at least the families that I have consulted with in the family council.

Fund consumer/survivor organizations and let them develop anti-discrimination projects. They know where it hurts and where it counts. They will do a great job if they have control and do the hiring. There is such a wealth of excellence in consumer/survivor communities. Give them a break and some resources. Quit hanging on to a medical model of non-care that is, essentially, a failure.

Consumers can and should be delivering health care to one another. Let them hire their own doctors and nurses, their own peer workers and outreach teams, dentists, lawyers, social workers, recreational therapists, mindful meditation teachers, DBT therapists and medication experts. Transfer some money to the provinces to develop a couple of pilot projects in the form of a family health network or a community health centre managed by

Somme toute, pour toutes ces familles susceptibles de préserver l'avenir de leur enfant souffrant d'un trouble alimentaire, j'espère que tout plan d'action éventuel examinera la discrimination systémique interne dirigée contre cette maladie, la seule maladie mentale à l'égard de laquelle la victime et la famille sont toujours blâmées, et où les besoins réels en matière de traitement et la souffrance des patients est passée sous silence.

Le président : Merci, madame Mayeur. Enfin, nous avons Betty Miller, coordonnatrice d'un conseil familial qui a été établi en vue de donner une voix aux membres des familles.

Mme Betty Miller, coordonnatrice du Conseil pour la famille, Centre de toxicomanie et de santé mentale : J'aimerais commencer par remercier mesdames Mayeur et Whitney d'avoir raconté leur histoire. Je sais que ce n'est pas facile de raconter son histoire, et je vous suis reconnaissante d'être ici aujourd'hui. C'est un grand pas.

Je dois avouer que je n'ai préparé mon exposé qu'hier, et, puisque j'ai constaté qu'il dure 14 minutes, je devrai m'activer et l'écourter un peu.

Je crois que nous devons effectivement établir une stratégie nationale, et j'ignore quelle serait sa forme exacte, mais je suppose qu'elle s'assortirait de normes minimales pour la pratique partout au pays, et favoriserait la réalisation d'une vision, le leadership, et ce genre de choses. Je laisse aux personnes qui s'y connaissent plus que moi le soin d'en arrêter les détails.

Je passe directement à la page 2 de mon exposé, et j'espère ne pas aller au-delà de sept minutes. Je vais commencer par parler un peu des consommateurs/survivants.

Je suis une consommatrice/survivante. Je souffre d'un trouble alimentaire, la boulimie. Je fais partie d'une famille aux prises avec une foule de problèmes de toxicomanie et de santé mentale. J'ai fait l'objet de sept ou huit diagnostics, et pris des centaines de médicaments différents. Je suis travailleuse sociale depuis 27 ans.

Je crois que, grâce aux paiements de transfert que verse le gouvernement fédéral aux gouvernements provinciaux, vous pouvez assurer un leadership véritable, et c'est l'une des choses que les familles aimeraient voir se réaliser, du moins les familles que j'ai consultées par l'entremise du conseil familial.

Financez des organismes de consommateurs/survivants, et laissez-les concevoir des projets de lutte contre la discrimination. Ils savent où ça fait mal, et où il faut agir. Ils feront de l'excellent travail s'ils dirigent l'initiative et se chargent de l'embauche. Il y a tellement de potentiel d'excellence au sein des collectivités de consommateurs/survivants. Donnez-leur une chance et des ressources. Cessez de vous accrocher à un modèle médical qui ne dispense pas de soins et qui est, essentiellement, un échec.

Les consommateurs sont en mesure de se charger eux-mêmes de la fourniture de soins de santé, et ils devraient pouvoir le faire. Laissez-les embaucher leurs propres médecins et infirmières, leur propre personnel d'entraide et équipes mobiles, dentistes, avocats, travailleurs sociaux, ludothérapeutes, instructeurs de méditation de pleine conscience, praticiens de la thérapie dialecto-comportementale et experts pharmaceutiques.

clients. See if it provides good, or even better, outcomes. Do a few pilot projects, with no commitment, no guarantee. Build in your own federal accountabilities. It is just another study. Make it a priority. Why not?

In fact, your own commission has discovered, along with the Ontario provincial government, that mental health and addiction health care is a top priority for citizens generally, and both levels of government have consistently heard that clients and families need to be at the table, need to be in the centre. This is not rhetoric. It is real. The federal government has the ability to shape health care reform through transfer payments for health care reform initiatives. Put clients in the centre. Pay them. Everyone is saying this. Please do it.

Please, as we shift our paradigm to put clients truly in the centre, remember who has been providing the bulk of mental health care and addiction care. We have, we the families and the friends, to the tune of billions of hours of “informal” care each year, and many billions of dollars saved in the system. Just take this as meaning that families are unsupported, unpaid and ignored. Families, or as you described us in the report, supporting caregivers, provide far more mental health and addiction services than the system ever has or is ever likely to. Yet we received less than half a page of reflection in your “Issues and Options” document. That is on page 33.

The family council responded to the Kirby commission in July, and our response is attached to this document for your convenience. We believe, as we stated, that the three priorities for action should be: One, to ensure access to care; two, to invest in providing a continuum of care in the community; and three, to invest in complementary forms of therapy and counselling. I will not belabour these points. You can read our position if you wish to; as I said, it is attached.

However, I will belabour this point: Families are tired. We need help. We are getting old and we are afraid that our loved ones will be left to fend for themselves on the streets; and those streets exist in both rural and urban communities.

Families have legitimate fears distinct needs of their own. For example, when we call the police because we are too unsupported to handle a situation, our relatives end up in jail, and then in the forensic system. Then we cannot get them out, they are overmedicated and put in restraints and isolated. They get worse. Then they are discharged and sent home — no follow-up, no home care, nothing. We push for harsher community treatment orders because we need help and there are no

Transférez de l'argent aux provinces en vue de la conception de quelques projets pilotes de réseaux de santé familiale ou d'un centre de santé communautaire géré par les clients. Déterminez si cela donne de bons résultats, voire de meilleurs résultats. Lancez quelques projets pilotes, sans fournir d'engagement ni de garantie. Intégrez vos propres responsabilités fédérales à ces projets. Ce n'est qu'une autre étude. Faites-en une priorité. Pourquoi pas?

De fait, votre commission a découvert, tout comme le gouvernement provincial de l'Ontario, que les soins de santé liés à la santé mentale et à la toxicomanie sont généralement une priorité pour les citoyens, et les deux ordres de gouvernement se font constamment dire que les clients et les familles doivent faire partie du processus, qu'ils doivent être au centre de ce processus. Ce ne sont pas que des paroles. C'est bien vrai. Le gouvernement fédéral est en mesure de façonner la réforme des soins de santé au moyen de paiements de transfert destinés à des initiatives de réforme des soins de santé. Mettez les clients au centre de ces initiatives. Payez-les. Tout le monde dit cela. Faites-le, s'il vous plaît.

Lorsque nous passerons à un paradigme qui accorde un rôle central réel aux clients, je vous prie de ne pas perdre de vue qui a dispensé le gros des soins liés à la santé mentale et à la toxicomanie. C'est nous, les familles et les amis, à raison de milliards d'heures de soins « informels » chaque année, ce qui permet au système de réaliser des milliards de dollars d'économie. Ce que vous devez comprendre de cela, c'est que les familles n'ont ni soutien ni argent, ni attention. Les familles, ou, comme vous dites dans le rapport, les aidants naturels, dispensent beaucoup plus de services liés à la santé mentale et à la toxicomanie que le système ne l'a jamais fait, ou ne le fera jamais. Pourtant, vous ne nous consacrez qu'une demi-page de réflexions dans votre document intitulé «Problèmes et options.» C'est à la page 33.

Le conseil familial a réagi au rapport de la commission Kirby en juillet, et notre réaction est annexée au mémoire, à titre de référence. Nous croyons, comme nous l'avons déclaré, que les trois mesures suivantes devraient être prioritaires : premièrement, assurer l'accès aux soins; deuxièmement, investir en vue de fournir un continuum de soins dans la collectivité; et troisièmement, investir dans des formes complémentaires de thérapie et de counselling. Je n'insisterai pas sur ces points. Vous pouvez prendre connaissance de notre position si vous le voulez; comme je l'ai dit, elle est annexée au mémoire.

Toutefois, j'insiste sur le point suivant : les familles sont épuisées. Nous avons besoin d'aide. Nous vieillissons, et nous avons peur que nos proches soient laissés à eux-mêmes, dans la rue; et la rue existe dans les collectivités tant rurales qu'urbaines.

Les familles ont leurs propres peurs légitimes et besoins distincts. Par exemple, lorsque nous téléphonons à la police parce que nous ne bénéficions pas du soutien nécessaire pour maîtriser une situation, nos proches finissent en prison, et ensuite dans le système de psychiatrie médico-légale. Ensuite, nous n'arrivons pas à les en sortir; on les bourre de médicaments, et on les met en contention et en isolement. Leur problème s'aggrave. Ensuite, on leur donne leur congé et on les envoie à

resources. Now, there is a recipe for a family disaster. We end up estranging our loved ones and sometimes losing our families. What system are we clinging to?

Maybe all we needed was an hour or so of someone helping us figure out our options. Understand that we are a little fatigued, we need a break. Maybe someone can take over for us for a while, give us some respite. Maybe even a consumer could come out and help directly. We need more Gerstein Centres, more home care. These need to be real services for families, and people need to be paid to provide them, and we are speaking here about home care in addictions as well as in mental health. Do not assume that it is so different in our homes and in our lives, whether it is addictions or mental health. It is only that we choose to ignore one or the other for reasons related to our resources, and to discrimination.

Ask families what they need and they will tell you. Ask us to help develop a service delivery system. We will. We know the system and we know what works and what does not. We have great ideas. I will say this much: If families are not at the centre of developing services for families, they will not work. We are pretty tired of providing the services, doing the work and being ignored.

Families can also be helpful when it comes to policy and infrastructure. We have been trying hard for a long time to figure out every angle, and the government would be wise to hire us to help you to develop these sectors.

Again, in Ontario's mental health and addiction service consultations this came through as one of the two clear priorities for action: Put clients and families in the centre; and the second priority was to integrate addictions and mental health. This is what we should do. This is what you should do.

I will end soon, but wish to briefly say something about addictions and mental health care vis-à-vis primary health care. We are the poor cousins, for sure, and that is because of ignorance and fear. Hopefully, it is not due to strategy. Addictions and mental health services need to be better integrated into primary community health networks. These work better in decentralized and local settings. Services are linked to local communities, but are properly connected to hospitals and to family doctors, and

la maison — aucun suivi, aucun soin à domicile, rien. Nous exerçons des pressions afin que des ordonnances de traitement communautaire plus rigoureuses soient rendues, car nous avons besoin d'aide, et il n'y a aucune ressource. Avec cette formule, nous courrons au désastre familial. Nous perdons contact avec nos proches et, parfois, nous perdons nos familles. Pourquoi est-ce qu'on s'accroche à ce système?

Peut-être avons-nous seulement besoin qu'une personne prenne une heure de son temps pour nous aider à évaluer les choix qui s'offrent à nous. Il faut comprendre que nous sommes un peu fatigués, nous avons besoin de nous reposer. Quelqu'un pourrait peut-être prendre le relais pour quelque temps, nous donner une chance de respirer. Peut-être même qu'un consommateur pourrait venir et nous aider directement. Il nous faut d'autres Centres Gerstein, davantage de soins à domicile. Il doit s'agir de services réels pour les familles, et les gens qui les dispensent doivent être payés, et il est question ici de soins à domicile destinés aux toxicomanes et aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale. N'allez pas croire qu'il y a une grande différence entre la toxicomanie et la santé mentale, en ce qui concerne l'impact sur nos foyers et nos vies. C'est seulement que nous choisissons de faire fi de l'un ou de l'autre, pour des raisons liées aux ressources dont nous disposons, et à la discrimination.

Demandez aux familles ce qu'elles veulent, et elles vous le diront. Invitez-nous à participer à la création d'un système de prestations de services. Nous le ferons. Nous connaissons le système, et nous savons ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Nous avons des idées merveilleuses. Je dirais même ceci : si les familles ne sont pas au cœur même de la conception des services destinés aux familles, cela ne fonctionnera pas. Nous sommes plutôt fatigués de fournir les services, de faire le travail et d'être négligés.

Les familles peuvent également apporter leur aide au chapitre des politiques et de l'infrastructure. Il y a longtemps que nous nous démenons pour comprendre tous les aspects, et le gouvernement aurait avantage à nous engager pour l'aider à mettre ces secteurs en valeur.

À l'occasion des consultations ontariennes sur les services en santé mentale et en toxicomanie, cette idée figurait encore parmi les deux grandes priorités dégagées : mettre les clients et les familles au cœur de l'initiative. La deuxième priorité consiste à intégrer la toxicomanie à la santé mentale. C'est ce que nous devrions faire. C'est ce que vous devriez faire.

Je termine bientôt, mais j'aimerais brièvement comparer les soins de santé liés à la toxicomanie et à la santé mentale aux soins de santé primaires. Nous faisons figure de parents pauvres, certes, et cela découle de l'ignorance et de la peur. J'ose espérer que cela ne découle pas d'une stratégie. Les services liés à la toxicomanie et à la santé mentale doivent être mieux intégrés aux réseaux de santé communautaires primaires. Ces services sont plus efficaces dans un environnement décentralisé et local. Les services sont

when hospitals and family doctors fail us, and they do, then the families and communities struggle and suffer, as you heard today.

However, please do not pull any more resources out of the hospitals. They are not providing adequate care as it is. They are understaffed, people are overworked, and the hospitals are just barely surviving in mental health and addictions. Clients are not admitted because the crisis is not serious enough, and home they go. Then the crisis blows and everyone suffers. Then it is \$500 per day in the hospital, or more in a forensic situation, when everybody actually wants to be home.

I am currently working with families who want to organize to do something about waiting lists. They came to me and said that two years' waiting for therapy for their adult children is not good enough. Whose responsibility is it to do something about our citizens who commit suicide because they cannot wait for years for help? Then we close the waiting lists because of the suicides. We close our waiting lists in order to sidestep our responsibilities and save our consciences. That is how we ignore this problem.

Who has decided that their lives are not worth saving? How have we decided this? When we think about waiting lists, we think of MRIs and cancer, and this is fair enough, but why do we never think about mental health, addiction, suicide? What statistics are gathered about our people, your people, who have committed suicide while sitting on a waiting list, pleading for some help? We do not even afford them the dignity of being a statistic.

We do not as a society have the right, economically, morally, or otherwise to deny health care to people with mental health and addiction problems. Yet we are denied. Mental health and addiction service is primary health care. Just ask someone on our long waiting lists.

On behalf of my board of directors and our membership, thank you for hearing me today.

The Chairman: Thank you for your comments. I wonder if I could ask Ms. Whitney a question.

When we put out our report, my office got two or three phone calls from parents of autistic children essentially saying — I will paraphrase — how dare we include autism in a mental health report, because autism was not a mental illness. Since you are with an autism society and have an autistic child, can you help us a little on the question of whether we should or should not be commenting on autism?

dispensés localement, mais sont convenablement liés aux hôpitaux et aux médecins de famille, et quand les hôpitaux et les médecins de famille nous laissent tomber — et ils le font —, ce sont les familles et les collectivités qui se démènent et souffrent, comme vous l'avez entendu aujourd'hui.

Toutefois, cessez d'enlever des ressources aux hôpitaux. Ils n'arrivent même pas à dispenser des soins convenables à l'heure actuelle. Ils manquent de personnel, le personnel est surmené, et les hôpitaux arrivent à peine à maintenir les services liés à la santé mentale et à la toxicomanie. On refuse d'admettre certains clients parce que leur crise n'est pas assez grave, et on les renvoie à la maison. Ensuite, la crise éclate, et tout le monde souffre. On se retrouve donc à payer 500 \$ par jour d'hospitalisation, ou plus, en milieu psychiatrique, alors que, en réalité, tout le monde veut être à la maison.

Je travaille actuellement avec des familles qui veulent s'organiser en vue de résoudre le problème des listes d'attente. Elles sont venues me voir, et m'ont dit que, deux ans d'attente pour que leur enfant adulte bénéficie d'une thérapie, c'est trop long. Qui est responsable de prendre des mesures pour aider nos citoyens qui tentent de se suicider parce qu'ils ne sont pas capables d'attendre des années pour avoir de l'aide? Ensuite, on élimine les listes d'attente à cause des suicides. Nous éliminons nos listes d'attente afin de nous soustraire à nos responsabilités et à notre conscience. Voilà comment nous fermons les yeux sur ce problème.

Qui a décidé que la vie de ces personnes ne vaut pas la peine d'être sauvée? Comment en sommes-nous arrivés à cette conclusion? La notion de liste d'attente nous fait penser aux examens IRM, et au cancer, cela se comprend, mais pourquoi ne pense-t-on jamais à la santé mentale, à la toxicomanie, au suicide? Est-ce qu'on tient au moins des statistiques sur les membres de nos familles, de vos familles, qui s'enlèvent la vie en pâtissant de l'attente interminable, en réclamant de l'aide? Nous ne leur laissons même pas la dignité d'être une statistique.

Notre société n'a pas le droit — économique, moral, ou autre — de refuser aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie les soins dont ils ont besoin. Pourtant, on nous les refuse. Les services liés à la santé mentale et à la toxicomanie sont des soins de santé primaires. Demandez-le à une personne inscrite sur nos longues listes d'attente.

Au nom du conseil d'administration et des membres de mon organisme, je vous remercie de m'avoir écoutée aujourd'hui.

Le président : Merci de vos commentaires. Je me demande si je pourrais poser une question à Mme Whitney.

Quand nous avons présenté notre rapport, mon bureau a reçu deux ou trois appels téléphoniques de parents d'enfants autistiques qui nous reprochaient essentiellement d'avoir eu le culot de mentionner l'autisme dans un rapport sur la santé mentale, parce que l'autisme n'est pas une maladie mentale. Puisque vous représentez un organisme qui s'intéresse à l'autisme et êtes mère d'un enfant autiste, voulez-vous nous aider à déterminer si nous devrions mentionner l'autisme ou non?

Ms. Whitney: Well, in my opinion, every illness is actually a physical illness, so it seems rather redundant to split hairs on whether we will call autism a mental illness, a biological illness or a physical illness. Even mental illness takes place in the brain. The brain is part of the body. Therefore, it is actually a physical illness, so we would be splitting hairs.

I think that what people are afraid of when we call autism a mental illness is that we have to be respectful of these individuals, these voices that cannot really speak for themselves. Are they actually ill, or do they have a disease? The WHO classifies autism as a disease in its book of classification, which is referenced in the report for you. We have all these different organizations calling autism many things, but one thing is for certain: It should be included in your report because everyone else in this country has turned their back on this disease. I think it is okay to include it.

The Chairman: Which is, frankly, what prompted us to include it in the first place, and I admit to being quite surprised — not offended — by the phone calls. I thought we put it in precisely because nobody else was.

Ms. Whitney: I think it was a very wise decision on your part.

Ms. Mayeur: Actually, I do not even like the term “mental illness.” I feel that just as every other organ has illnesses, these are all brain illnesses, as are MS, ALS, autism, mood disorders. Anything that affects the thinking and feeling processes of the brain is a brain illness.

The Chairman: Right.

Ms. Mayeur: Maybe we need to get away from the word “mental” altogether.

The Chairman: Thank you. Senator Cordy, by the way, is from Nova Scotia and was a primary school teacher for a long time and a principal before she joined the Senate. People always like to know a little about you.

Senator Cordy: Thank you to the three of you for telling your stories this morning. As I said to Ms. Hook, who was here earlier this morning, when you hear all these stories, you want to sit down and cry, but crying will not help, so we will continue to work on our report and be advocates for the people telling the stories.

Ms. Miller, you talked about your role as an advocate for families, and I think that is very noble. There is somebody with a mental illness in my family and my husband and I have been the advocates and the helpers. To us the system is extremely frustrating, because you are trying to help the family member, and yet you are stymied and not given information, not kept in the loop. I am a Senator and he is a professional, so somebody not in those situations must be that much more frustrated.

Mme Whitney : Eh bien, selon moi, toute maladie est, en réalité, une maladie physique, de sorte qu'il serait plutôt redondant de couper les cheveux en quatre en vue de déterminer si l'autisme est une maladie mentale, une maladie biologique ou une maladie physique. N'oubliez pas que la maladie mentale concerne le cerveau, et que le cerveau fait partie du corps. Il s'agit donc, en réalité, d'une maladie physique. Nous coupons les cheveux en quatre.

Je crois que les gens qui ont peur que l'on qualifie l'autisme de maladie mentale tiennent à ce qu'on respecte ces personnes, ces voix qui ne peuvent pas vraiment se défendre. Sont-ils gravement malades, ou sont-ils atteints d'une maladie? L'autisme figure dans la classification des maladies établie par l'OMS citée comme source de référence dans le rapport à votre intention. Divers organismes décrivent l'autisme de diverses façons, mais une chose est certaine : votre rapport doit en parler, car tous les autres intervenants au pays tournent le dos à cette maladie. Je crois qu'il est acceptable d'en parler dans votre rapport.

Le président : C'est, franchement, ce qui nous a poussés à en parler, et je dois admettre que j'étais plutôt surpris — pas offensé — par ces appels. Je croyais que nous abordions la question justement parce que personne d'autre n'en parlait.

Mme Whitney : Je crois que c'était une très sage décision.

Mme Mayeur : À vrai dire, je n'aime pas vraiment le terme « maladie mentale ». Je me dis que, puisque tous les autres organes ont leur maladie, celles dont nous parlons sont les maladies du cerveau, tout comme la sclérose en plaques, la maladie de Lou Gehrig, l'autisme et les troubles de l'humeur. Tout ce qui mine les processus cognitifs et émotifs du cerveau est une maladie du cerveau.

Le président : D'accord.

Mme Mayeur : Nous devrions peut-être abandonner tout simplement le mot « mentale ».

Le président : Merci. En passant, le sénateur Cordy, de la Nouvelle-Écosse, a pendant longtemps été enseignante à l'école primaire, et ensuite directrice d'école, avant de se joindre au Sénat. On aime toujours savoir des choses au sujet des autres.

Le sénateur Cordy : Je vous remercie toutes les trois d'avoir partagé vos expériences avec nous ce matin. Comme je l'ai dit à Mme Hook, qui a témoigné plus tôt ce matin, toutes ces histoires tragiques donnent envie de pleurer, mais cela ne sert à rien, alors nous continuerons de travailler sur notre rapport et défendre les intérêts des personnes qui racontent leur histoire.

Madame Miller, vous avez parlé du rôle que vous jouez à titre de porte-parole des familles, et je crois que c'est très louable. Un membre de ma famille souffre d'une maladie mentale, et mon mari et moi avons dû défendre ses intérêts et lui fournir de l'aide. Pour nous, le système est extrêmement frustrant, car, en tentant d'aider un membre de la famille, on se retrouve dans une impasse : on ne nous fournit pas d'information, on ne nous tient pas informés. Je suis sénateur et mon mari est un professionnel, alors imaginez ce que ce doit être pour une personne qui n'est pas dans notre situation.

I spoke to parents of two autistic children in Nova Scotia and they told me that not only were they dealing with two autistic children, but the husband himself developed depression. He said, "Suddenly, you are dealing with two children; it is a lifelong thing; how will you care for them; they are likely to outlive you; and all these emotions are there. Consequently, he himself had depression, so then the family was dealing with two issues.

If people are dealing with a family member who has a mental illness — that is how we have been referring to it — should they have an advocate to help them navigate the system so that they avoid going into depression trying to work through the maze?

Ms. Miller: They need to have four or five advocates — seriously. I am an advocate and I am a Caucasian, well educated, in a management position and linked to CAMH, and I fail most of the time. I have been doing advocacy work for 20 years. I fail most of the time.

Senator Cordy: Is it a funding issue? Should there be more organizations such as yours to allow people to walk in and gain a comfort level?

Ms. Miller: I think the core of our argument for many years now has been that families and clients need to be at the centre, to make some decisions. I am a family member, I am a social worker and I am a client, so I have a pretty broad perspective, but I would not say "This is what we need." We need to put the families in the centre where the issues concerning families are; and we need to put the clients in the centre where the issues concerning clients are; and we need to put both at the table when the issues concern both. If we had 5 million more advocates in Canada and the system remained exactly the way it is now, you would need a further 5 million.

Senator Cordy: Therefore, the system has to also change. Ms. Mayeur?

Ms. Mayeur: I would have liked the patient advocate at the hospital to have a policy when dealing with mental illness whereby the family and the patient are consulted before discharges take place. In order to free up beds, Danielle was discharged several times, inappropriately. Secondly, there should be somebody who would use every venue to find out what was available.

I think it is worth putting money into some researchers to develop government websites dealing with the specific disorders, including all the kinds of information people would need to know, but also, for instance, who is providing private therapy, psychiatric therapy, within the community.

J'ai parlé à un couple de la Nouvelle-Écosse qui a deux enfants autistes, et ils m'ont dit que, non seulement ils doivent composer avec deux enfants autistes, mais en plus le mari a sombré dans une dépression. Il a dit : « Soudainement, on se retrouve avec deux enfants; c'est un engagement à vie; on se demande comment on va prendre soin d'eux; on songe au fait qu'ils vivront probablement plus longtemps que nous; et il faut composer avec toutes ces émotions. » Il fait une dépression, de sorte que la famille doit maintenant composer avec deux problèmes.

Les gens qui s'occupent d'un proche souffrant d'une maladie mentale — c'est le terme qui nous utilisons dans le cadre de nos travaux — devraient-ils avoir accès à un intervenant qui les aidera à se débrouiller dans le système et à éviter que le dédale du système ne mène à la dépression?

Mme Miller : Ils doivent avoir accès à quatre ou cinq intervenants — sérieusement. Je suis intervenante, et je suis blanche, instruite, j'occupe un poste de direction et j'ai des liens avec le CTSM, et j'échoue la plupart du temps. J'évolue dans le domaine de la défense des droits depuis 20 ans. J'échoue la plupart du temps.

Le sénateur Cordy : Est-ce un problème de financement? Faudrait-il qu'il y ait davantage d'organismes comme le vôtre pour permettre aux gens d'obtenir de l'aide et d'atteindre un degré d'aisance?

Mme Miller : Je crois que, depuis de nombreuses années déjà, nos revendications s'articulent essentiellement autour du fait que les familles et les clients doivent être au cœur des efforts, ils doivent pouvoir prendre des décisions. Je suis membre d'une famille, je suis travailleuse sociale, et je suis une cliente, ce qui me procure une perspective assez large, mais je ne dirais pas : « Voici ce dont nous avons besoin. » Nous devons placer les familles au cœur des enjeux qui les concernent; et nous devons placer les clients au cœur des enjeux qui les concernent; et nous devons réunir ces groupes lorsqu'ils sont tous deux visés par les enjeux. Si le système demeurerait exactement tel qu'il est à l'heure actuelle, et que cinq millions d'intervenants supplémentaires s'ajoutaient au Canada, il nous en manquerait encore cinq millions.

Le sénateur Cordy : Ainsi, le système doit également changer. Madame Mayeur?

Mme Mayeur : J'aurais aimé que le défenseur des droits des patients de l'hôpital soit visé par une politique relative à la santé mentale prévoyant que la famille et le patient doivent être consultés avant qu'on donne congé au patient. Afin de libérer les places, on a souvent donné son congé à Danielle à des moments inappropriés. Ensuite, il devrait y avoir quelqu'un dont le mandat consiste à examiner toutes les avenues pour découvrir ce qui est disponible.

Je crois qu'il serait valable de financer des recherches sur la conception de sites Web gouvernementaux portant sur des troubles particuliers, qui fourniraient tous les renseignements dont les gens auraient besoin, mais aussi, par exemple, de l'information sur les thérapies, les thérapies psychiatriques, offertes au sein de la collectivité, par le secteur privé.

I had a friend with two daughters. She got them to care because she happened to know of this lady. I was trying everywhere, could not find therapists, and here was one who, because she was in Ancaster, I did not access. Because there was such shame and stigma around this disorder, that information was not shared, and yet it seems to me that a researcher could indeed poll the social workers, the clinical psychologists, find out who is offering treatment in what area and in what region of the province, and make that available, not as a recommendation that you try it, but as options to investigate.

Senator Cordy: How will we get anorexia on the radar screen? You stated that the family and the client are, in fact, victimized, and I think you mentioned that there is hostility from the mainstream. People tend to think it is a stage and they will grow out of it. "Oh, that goes with being a teenager." I taught elementary school, and you are right, it used to be high school students, then junior high. It is now moving into grades 5 and 6.

Ms. Mayeur: Well, that is part of my full-time job now. A lot of other people are working on this. We got a \$90,000 primary health care transfer grant to run physician and front-line service provider training seminars, led by peers, on how to deal with these patients.

With the elementary teachers' federation, we have worked up a curriculum for the elementary schools, but it is being implemented in stages because you have to retrain the teachers. You have to establish a counterculture to the one that is out there around body image, for one, and dieting.

I talk to teachers college students and I bring them the best kind of prevention materials, but talking about prevention, it would be nice to see our ministries of education make prevention an issue and put it on the radar screen.

We have a video that goes out to the parents only, not to the children — they are too young to be talking about eating disorders — to all parents in the school, so there is an entire generation of parents, from kindergarten to Grade 8, who will get that part of it.

We gave a presentation to Ontario MPPs before Christmas and told them what was going on. Three MPPs are now very much advocates for us, and they brought along other young MPPs. It will be a long process.

Senator Cordy: Thank you. Ms. Whitney, I know you have suggested three new laws that we should adopt, but I would like to just get to the practicalities of the education system. Although we are a federal body, in the past we have not really cared whose jurisdiction it is. We will report on what we think is best.

J'avais une amie avec deux filles. Elle a réussi à leur obtenir des soins, car il se trouvait qu'elle connaissait cette dame. J'essayais partout, je ne trouvais pas de thérapeutes, et, quand j'en ai trouvé enfin une, je n'y avais pas accès, parce qu'elle pratiquait à Ancaster. Il y a tant de honte et de préjugés à l'égard de ce trouble que l'information n'était pas diffusée; pourtant, il me semble qu'un chercheur pourrait interroger les travailleurs sociaux et les psychologues cliniciens afin de découvrir qui offre tel traitement dans telle région de la province, et diffuser cette information, à titre non pas de recommandation, mais bien d'options à envisager.

Le sénateur Cordy : Comment allons-nous attirer l'attention sur l'anorexie? Vous avez déclaré que la famille et le client sont, de fait, victimisés, et je crois que vous avez mentionné l'hostilité que vous témoignent les fournisseurs de services. Les gens ont tendance à penser que ce n'est qu'un mauvais moment à passer : « Oh, cela fait partie de l'adolescence. » J'ai enseigné à l'école primaire, et vous avez raison : autrefois, c'était les étudiants du cycle supérieur du secondaire, ensuite c'était ceux du premier cycle. Maintenant, le phénomène commence à se manifester en cinquième et sixième années.

Mme Mayeur : Eh bien, cela fait désormais partie de mes fonctions à temps plein. Beaucoup de gens travaillent sur cette question. Nous touchons une subvention de 90 000 \$ relative aux soins de santé primaires pour la tenue de séminaires de formation destinés aux médecins et aux fournisseurs de services de première ligne, animés par des pairs, sur la façon d'agir avec ces patients.

De concert avec la fédération des enseignants de l'élémentaire, nous avons élaboré un programme d'enseignement pour les écoles élémentaires, mais on le met en œuvre de façon graduelle, car il faut dispenser une formation aux enseignants. Il faut favoriser l'établissement d'une contre-culture qui s'oppose à la culture dominante en ce qui concerne l'image corporelle, notamment, et les régimes.

Je parle aux enseignants et aux étudiants de niveau universitaire, et je leur apporte le meilleur matériel de prévention, mais, puisque nous parlons de prévention, ce serait bien de voir nos ministères de l'Éducation s'intéresser à la prévention et en faire une priorité.

Nous avons un vidéo destiné aux parents seulement, pas aux enfants — ils sont trop jeunes pour que l'on puisse parler de troubles alimentaires — à tous les parents de l'école, de sorte qu'il y a une génération entière de parents, de la maternelle jusqu'à la huitième année, qui seront sensibilisés à cette partie du problème.

Nous avons présenté un exposé aux députés provinciaux de l'Ontario avant Noël, et nous leur avons raconté ce qui se passe. Trois d'entre eux militent désormais en notre faveur, et ils recrutent d'autres jeunes députés. Ce sera un long processus.

Le sénateur Cordy : Merci. Madame Whitney, je sais que vous avez suggéré trois nouvelles lois que nous devrions adopter, mais j'aimerais m'attarder aux aspects pratiques du système d'éducation. Même si nous constituons une entité fédérale, nous ne nous sommes jamais vraiment arrêtés à nous demander qui a la compétence. Nous allons nous prononcer sur les solutions que nous considérons comme les meilleures.

In the early 1980s, we had inclusion into the school system of children who may need additional support, and at that time, we were told that we would have low class numbers — yada yada yada.

I used to be an elementary school teacher, and in my last year of teaching I had a child who was on the autistic spectrum. I had a teaching assistant, and it was wonderful for that student, but I also had 32 students in the class. That is the reality of the classrooms. Is inclusion working for autistic children?

Ms. Whitney: Absolutely not. In fact, children with autism are not allowed in the province of Ontario to have their qualified IBI therapist in the classroom with them. This is not a union issue. The unions have indicated it is not a problem for them because the educational assistants are not qualified to deliver this highly specialized medical treatment.

Children with autism are often barred from the education system, including my own son, who has never been able to set foot inside a public school because they will not allow his medical treatment during school hours. We know historically that special education has been detrimental to children with autism in some instances. We have peer-reviewed research studies that show this.

We are saying, allow the children to be brought under the medicare system so the treatment is provided for them. Then we can look at our respective provincial health care policies. Senator Keon, you might be familiar with Policy 81 in Ontario, which allows for treatment during school hours. It is a very seamless policy that is shared among the three ministries.

In fact, this issue is currently being addressed before the Ontario Human Rights Tribunal. I am a litigant in that process, so I am very intimate with all of the details of what we need to do. However, unfortunately, it is not recognized by the health care system, and therefore there is the belief there is no need to do anything for these children except to teach them the three R's, and as you well know, autism is a spectrum disorder. Some children are severely impaired and some do very well.

I have to emphasize that when my son was four and five years old, he used to smash his head on a table, eat his feces, he did not know I was his mother, he could not speak. He is now nine. He reads and writes, age appropriately, he speaks, he is polite, he does not eat his feces, he toilets himself, he has some friends — all of these things that we take for granted. He wants to go to public school and he does not understand why he cannot.

He still suffers from symptoms of autism that need to be managed by a medical professional, not by an educator. We do not have educators managing diabetes, suctioning, catheterization, or any other medical condition during school hours. It is ridiculous. It is negligent.

Au début des années 1980, on commençait à intégrer au système scolaire des enfants susceptibles d'avoir besoin d'un soutien supplémentaire, et, à l'époque, on nous disait que cela ferait baisser les moyennes de classe — et patati et patata.

J'ai déjà enseigné à l'école primaire, et au cours de ma dernière année, j'ai eu dans ma classe un enfant souffrant d'un trouble du spectre autistique. J'avais une assistante à l'enseignement, et c'était merveilleux pour cet élève, mais j'avais également 32 élèves dans ma classe. C'est ça la réalité. Est-ce que l'intégration se révèle bénéfique pour les enfants autistes?

Mme Whitney : Certainement pas. En Ontario, de fait, les enfants autistes n'ont pas le droit d'être accompagnés d'un thérapeute expert de l'intervention comportementale intensive en classe. Ce n'est pas une question de syndicat. Les syndicats ont laissé savoir que cela ne leur pose aucun problème, car les assistants à l'enseignement ne sont pas qualifiés pour dispenser ce traitement médical hautement spécialisé.

Bien souvent, les enfants autistes sont exclus du système d'éducation, y compris mon propre fils, lequel n'a jamais mis le pied dans une école publique, car on ne lui permet pas de recevoir son traitement médical pendant les heures d'école. Nous savons que, dans le passé, l'éducation spécialisée a eu un effet nuisible sur certains enfants autistes. Nous sommes en possession d'études, approuvées par des pairs, qui montrent cela.

Nous disons qu'il faut permettre aux enfants de bénéficier du traitement dont ils ont besoin, par l'entremise du régime d'assurance-maladie. Ensuite, nous pourrions examiner nos politiques provinciales respectives en matière de soins de santé. Sénateur Keon, vous connaissez peut-être la politique 81 en Ontario, laquelle permet d'administrer un traitement pendant les heures d'école. C'est une politique très uniforme qui s'applique aux trois ministères.

De fait, le Tribunal des droits de la personne de l'Ontario examine actuellement cette question. Je suis partie à ce processus, et je sais de façon très précise ce que nous avons à faire. Toutefois, malheureusement, l'autisme n'est pas reconnu par le système de soins de santé, et, par conséquent, on croit qu'il n'y a pas lieu de faire quoi que ce soit pour ces enfants, sauf leur apprendre à lire, à écrire et à compter, et, comme vous le savez bien, l'autisme est un trouble du spectre. Certains enfants affichent une déficience profonde, alors que d'autres se tirent très bien d'affaire.

Je tiens à signaler que, quand mon fils avait quatre ans et cinq ans, il se frappait la tête sur la table, mangeait ses excréments, ignorait que j'étais sa mère, il ne pouvait pas parler. Il a maintenant neuf ans. Il sait lire et écrire, au même niveau que les enfants de son âge, il parle, il est poli, il ne mange pas ses excréments, il se lave lui-même, il a des amis — toutes ces choses que nous tenons pour acquises. Il veut aller à l'école publique, et il ne comprend pas pourquoi il ne peut pas.

Il souffre encore de symptômes d'autisme qui doivent être gérés non pas par un éducateur, mais bien par un professionnel de la santé. On ne demande pas aux éducateurs de gérer le diabète ou de se charger du drainage ou de la cathétérisation, ou de tout autre trouble médical pendant les heures d'école. C'est ridicule. C'est négligent.

Yes, access to education for children with autism in this province is a big issue, but we can fix it. There are solutions, and the Government of Ontario has been provided with those solutions, but they refuse to implement them. The funding is there in the education budget, \$63,000 per child that could be redirected into medical treatment to allow children with autism over the age of six to access the same treatment that children under six currently receive in this province. The solutions are there.

Senator Cordy: Therefore, we need to break down the silos and work together for the betterment of the children.

Ms. Whitney: That is right.

Senator Cordy: Thank you.

The Chairman: I should say, by the way, as you can tell, Senator Cochrane is from Newfoundland. You will get the accent. She is also a former teacher.

Senator Cochrane: I have a supplementary question for Ms. Miller. You did say you failed. How did you fail? You have been so knowledgeable and you have the background. You have had every experience in regards to being a help and an aid to all these people. What do you mean when you say you failed?

Ms. Miller: If a family came to me, normally because their loved one is not getting treatment or has been in jail due to mental health problems, and they are quite at their wits' end by the time they talk to me, I would use my connections. I would talk to a lot of people to try to get the kid out of the forensic system, for example, or have another review board hearing, or try to get their brother into the system, whatever the situation is. Yesterday, I spoke to a family member who had to drive her brother to Alberta and did not know what to do with her 19-year-old son, who has schizophrenia. Is there any respite care for her, for her boy? From the simple to the very complex, when a family member says, "This is what I need," normally, I am unable to deliver.

Senator Cochrane: The system fails.

Ms. Miller: The system fails.

Senator Cochrane: Do not say "I." You did not fail. There are times that we all have to pat ourselves on the back.

Ms. Miller: Yes, okay.

Senator Cochrane: You had better do that because you are in such a difficult position and need lots of pats on the back.

Ms. Miller: Yes. Thank you.

Senator Cochrane: Let me go to autism. I have a next-door neighbour at home who has an autistic child, but she has hope. She is working, and there is support. Through an organization in

Oui, l'accès à l'éducation pour les enfants autistes de la province est un gros problème, mais nous pouvons le résoudre. Il y a des solutions, et le gouvernement de l'Ontario a été mis au courant de ces solutions, mais il refuse de les mettre en œuvre. Le financement est là, dans le budget de l'éducation, 63 000 \$ par enfant qu'on pourrait aiguiller vers un traitement médical permettant aux enfants autistes âgés de six ans et plus d'accéder au traitement que reçoivent actuellement les enfants âgés de moins de six ans dans cette province. Il y a des solutions.

Le sénateur Cordy : Par conséquent, nous devons éliminer le cloisonnement et travailler ensemble pour le mieux-être des enfants.

Mme Whitney : C'est ça.

Le sénateur Cordy : Merci.

Le président : Vous constaterez, sans doute, en passant, que le sénateur Cochrane est terre-neuvienne. Vous reconnaîtrez l'accent. Elle a également été enseignante.

Le sénateur Cochrane : J'ai une question supplémentaire pour Mme Miller. Vous affirmez avoir échoué. En quoi avez-vous échoué? Vous possédez tant de connaissances, ainsi que des antécédents dans le domaine. Vous avez vécu toutes les expériences possibles à titre d'aidante et de source de soutien pour toutes ces gens. Que voulez-vous dire quand vous affirmez avoir échoué?

Mme Miller : Si une famille venait me voir, normalement parce qu'un être cher ne reçoit pas de traitement ou est en prison à cause de problèmes de santé mentale — et si elle m'approche, c'est qu'elle ne sait plus à quel saint se vouer —, je miserais sur mes relations. Je parlerai à une foule de gens pour tenter de sortir le jeune du système de psychiatrie légale, par exemple, ou pour qu'on tienne une nouvelle audience de la commission d'examen, ou pour qu'on tente de faire admettre une personne dans le système, selon la situation. Hier, j'ai parlé à une personne qui devait conduire son frère en Alberta, et qui ne savait que faire de son fils de 19 ans, schizophrène. Y a-t-il un service de relève pour elle, pour le bien de son garçon? Du problème le plus simple au problème le plus complexe, lorsqu'un membre de la famille me dit : « Voici ce dont j'ai besoin », normalement, je suis incapable de l'aider.

Le sénateur Cochrane : Le système échoue.

Mme Miller : Le système échoue.

Le sénateur Cochrane : Ne dites pas « Je ». Vous n'avez pas échoué. Nous devons tous, à un moment ou à un autre, nous donner à nous-même une tape dans le dos.

Mme Miller : Oui, d'accord.

Le sénateur Cochrane : Il vaudrait mieux que vous le fassiez, car vous êtes dans une position difficile, et vous avez besoin de nombreuses tapes dans le dos.

Mme Miller : Oui. Merci.

Le sénateur Cochrane : Parlons maintenant d'autisme. J'ai une voisine qui a un enfant autiste, mais elle a de l'espoir. Elle travaille, et elle reçoit du soutien. Grâce à un organisme de la

my province, a person will come in and help the child for a certain number of hours during the day. He is severely autistic. He is not aware of his actions, he pounds his head on the hardwood floor and he cannot communicate. They have to feed him separate food, literally feed him. Is there no help like that?

Ms. Whitney: I believe you are referring to the Newfoundland IBI program, which provides up to 20 hours of intensive behavioural intervention, and a feeding program would be part of that.

It is interesting, and I am not sure if you are aware of this, but in your province, parents took the issue of wait lists for that type of treatment to your Human Rights Commission. In fact, your neighbour is very fortunate, let me tell you, because the majority of children with autism do not receive that kind of treatment. They will grow older on wait lists and never receive a day of treatment.

Your commission found that those wait lists were a violation of the Human Rights Code in your province. It was appealed by the government, and it was upheld on appeal. I do not know what is happening now with respect to litigation in your province, but I do believe you are referring to the very treatment that I was discussing today, IBI. It is the only effective treatment that we have for autism, and your neighbour is most fortunate. Most of the families I know in this province are suffering beyond what you can conceive of. They are selling their homes, if they have them to sell.

I will speak of my own situation. I have nothing. I will remain in poverty for the rest of my life. My grandfather developed this province's health care system and my son is outside of that. I will never own a home, a decent car. I may never even be able to hold down a decent job because of my son's disability. He is improving, but I have given up everything to save my son's life — and you know what? I would do it all again. I have given up my health, my husband, and, at times, my country. I had to leave Canada to seek treatment when they would not provide it here, and families are suffering. Parents think about killing themselves and their children in this country. It is horrible. Your neighbour is absolutely one of the most fortunate Canadians.

Senator Cochrane: She knows that, of course, but now we have these children in our schools as well. My daughter teaches special ed. I call it that because that is the term that was used when I was teaching, but now it has a different name. She has an autistic child in her classroom, and she tells me stories when comes home. They are human stories, loving stories. It is wonderful. The children are recognizing these kids, and you know what? Children have feelings, and they can communicate with these kids better than anybody else.

Ms. Whitney: I will tell you something. I believe that discrimination and hate are learned behaviours, and that almost 50 per cent of children with autism who receive treatment before

province, une personne vient chez elle et aide l'enfant pendant un certain nombre d'heures de la journée. C'est un cas d'autisme très lourd. Il n'est pas conscient de ses actes, il se frappe la tête sur le plancher de bois franc, et il ne peut communiquer. Ils doivent lui faire manger des choses particulières, et le nourrir comme un bébé. N'y a-t-il pas des services de soutien comme cela?

Mme Whitney : Je crois que vous parlez du programme d'intervention comportementale intensive de Terre-Neuve, lequel offre jusqu'à 20 heures d'intervention, et cette intervention comprendrait un régime alimentaire.

C'est intéressant... j'ignore si vous êtes au courant de ceci, mais, dans votre province, les parents ont soumis la question des listes d'attente à l'égard de ce type de traitement à votre commission des droits de la personne. De fait, votre voisine est très privilégiée, laissez-moi vous le dire, car la majorité des enfants autistes ne bénéficient pas de ce genre de traitement. Ils grandiront dans l'attente d'un traitement, et ils ne le recevront jamais.

Votre commission a conclu que ces listes d'attente allaient à l'encontre du Code des droits de la personne de votre province. Le gouvernement en a appelé de la décision, et l'appel a été rejeté. J'ignore ce qui se passe actuellement devant les tribunaux de votre province, mais je crois que vous parlez du traitement que j'ai mentionné aujourd'hui, c'est-à-dire l'intervention comportementale intensive. Il s'agit du seul traitement efficace pour l'autisme, et votre voisine est très privilégiée. La plupart des familles que je connais dans ma province connaissent des souffrances qui vont au-delà de ce que vous pourriez imaginer. Ils vendent leur maison, s'ils en ont une à vendre.

Je parlerai de ma propre situation. Je n'ai rien. Je serai pauvre toute ma vie. Mon grand-père a conçu le régime d'assurance-maladie de la province, et mon fils en est exclu. Je ne serai jamais propriétaire d'une maison, d'une voiture digne de ce nom. Je ne serai peut-être même jamais capable de conserver un emploi décent, en raison du handicap de mon fils. Il s'améliore, mais j'ai tout sacrifié pour sauver la vie de mon fils — et vous savez quoi? Si c'était à refaire, je le ferais encore. J'y ai laissé ma santé, mon mari et, à l'occasion, mon pays. J'ai dû quitter le Canada en vue de trouver un traitement qu'on ne voulait pas offrir ici, et les familles souffrent. Dans notre pays, il y a des parents qui songent à s'enlever la vie et à tuer leurs enfants. C'est horrible. Votre voisine est certainement l'une des Canadiennes les plus privilégiées.

Le sénateur Cochrane : Elle en est consciente, bien sûr, mais maintenant nous avons ces enfants dans nos écoles. Ma fille est éducatrice spécialisée. J'utilise ce terme, car c'est celui qu'on utilisait à l'époque où j'enseignais, mais cela porte un autre nom maintenant. Il y a un enfant autiste dans sa classe, et elle me raconte des choses lorsqu'elle me rend visite. Il s'agit d'anecdotes sympathiques, tendres. C'est merveilleux. Les autres membres de la classe reconnaissent ces enfants, et, vous savez quoi? Les enfants ont des sentiments, et ils peuvent communiquer avec ces enfants mieux que quiconque.

Mme Whitney : Je vais vous dire quelque chose. Je crois que la discrimination et la haine sont des comportements acquis, et que presque 50 p. 100 des enfants autistes qui sont traités avant leur

they enter school, ideally at age 2, will go on to become completely indistinguishable from their peers. In other words, with this treatment, there is a 47 per cent recovery rate. Now, I know many people do not believe in recovery when it comes to autism, but I have seen these children with my own eyes, and if I did not know better, I would never be able to detect one trace of autism in their little bodies.

Senator Cochrane: That is wonderful.

Ms. Whitney: The recovery rate is 47 per cent. The rest go on to improve remarkably, and we are not providing that treatment? We should be ashamed of ourselves. Yes, they do go on to school, and yes, they do go into the community, and let me tell you that the numbers have gone from 1 in 10,000 seven years ago to now 1 in 166. What is going on?

Within five years, we will be looking at 1 in 100, and if you do not think that it is scary, let me tell you something. We have talked to economists, we have done cost/benefit analyses of treatment, and if you do not provide it, within 15 to 20 years, autism will begin to collapse the internal Canadian economy. It will, if the numbers keep going the way they are. We have to do something.

Senator Cochrane: I have a supplementary question for Ms. Mayeur. I am just wondering, when you said that you could not get physical exams for your daughter —

Ms. Mayeur: No, I could not get admission for my daughter when she was around 69, 70 pounds, but within the central-west eating disorder area, we have a hard time getting physical assessments for children who are presenting because on-call doctors are not willing to do that. I do not know whether it is the fee schedule or what, but that is one of the top items on the wish list of our six centres, to get pediatric assessments. Of course, when these children develop eating disorders so young, at a developmental age, it is even more crucial.

Senator Cochrane: I will ask you this question: Do you think it would have been easier had we had a two-tier system?

Ms. Mayeur: No, because we have not put resources into training psychologists and psychiatrists to deal with this and paying them adequately, so a two-tier system would mean that those who had means would suck all the trained personnel out of the system and leave average Joes like us even more bereft.

Senator Cochrane: But you had to wait three years.

Ms. Mayeur: I know. I was waiting three years and other people were bumped in. I know people who, out of despair, sold their homes to take the child to the States.

admission à l'école, idéalement, à l'âge de deux ans, s'assimilent complètement à leurs pairs, au point de ne plus pouvoir être différenciés. En d'autres mots, avec ce traitement, il y a un taux de rétablissement de 47 p. 100. Maintenant, je sais que de nombreuses personnes ne croient pas au rétablissement lorsqu'il est question d'autisme, mais j'ai vu ces enfants de mes yeux, et, si je ne l'avais pas su, je n'aurais jamais pu cerner une trace d'autisme dans les mouvements de leur petit corps.

Le sénateur Cochrane : C'est merveilleux.

Mme Whitney : Le taux de rétablissement est de 47 p. 100. Les autres s'améliorent de façon remarquable, et nous ne fournissons même pas ce traitement? Nous devrions avoir honte. Oui, ils vont à l'école, et oui, ils contribuent à la vie communautaire, et laissez-moi vous dire que les chiffres sont passés de 1 sur 10 000 il y a sept ans à 1 sur 166 aujourd'hui. Qu'est-ce qui se passe?

Dans cinq ans, la probabilité sera de 1 sur 100, et si cela ne vous fait pas peur, laissez-moi vous dire une chose : nous avons parlé à des économistes, nous avons effectué des analyses de rentabilisation du traitement, et si vous ne l'offrez pas, d'ici 15 à 20 ans, l'autisme mènera à l'effondrement de l'économie interne canadienne. Cela va se passer, si la tendance actuelle se maintient. Nous devons faire quelque chose.

Le sénateur Cochrane : J'ai une question supplémentaire pour Mme Mayeur. Je me demande, quand vous avez dit que vous ne pouviez obtenir d'examen médical pour votre fille...

Mme Mayeur : Non, j'étais incapable de faire admettre ma fille lorsqu'elle faisait environ 69 ou 70 livres, mais, dans la région du Centre-Ouest, dans le domaine des troubles alimentaires, nous éprouvons de la difficulté à obtenir des évaluations médicales pour les enfants qui se présentent, puisque les médecins qui sont de garde ne sont pas disposés à le faire. J'ignore si cela est lié au barème des honoraires ou à autres choses, mais c'est l'un des grands souhaits de nos six centres, d'obtenir des évaluations pédiatriques. Bien sur, c'est d'autant plus crucial lorsque ces enfants présentent un trouble alimentaire en si jeune âge, en pleine croissance.

Le sénateur Cochrane : Je vous pose la question. croyez-vous que ce serait plus facile si on avait un système à deux vitesses?

Mme Mayeur : Non, parce que nous n'avons pas affecté de ressources en vue de former des psychologues et des psychiatres dans ce domaine et de les payer en conséquence, de sorte que, dans un système à deux vitesses, ceux qui auraient les moyens accaparaient tout le personnel qualifié, et les gens ordinaires comme nous se retrouveraient encore plus démunis.

Le sénateur Cochrane : Mais vous avez dû attendre trois ans.

Mme Mayeur : Je sais. J'ai attendu pendant trois ans, et d'autres nous ont supplantés. Je connais des gens qui, désespérés, ont vendu leur maison pour faire traiter leur enfant aux États-Unis.

Senator Keon: As Senator Kirby mentioned, we have had quite a number of calls and emails from people with autistic children saying to us, “Why are you including this in a mental health study? These kids have problems enough without including them in this category.”

Yesterday morning just before I left, I took a call. My secretary put the call through because she thought I should take it. There are so many calls, as you know, and we cannot take them all, but this seemed special. This person said, “I am really concerned about autism getting lost in your report. It will be a huge report, dealing with a huge subject, and I think autism needs a report of its own.”

I do not think we could do a separate report on it. We have not discussed our next priority when we finish this report in December. I have already settled on my priority, and I have not even shared it with the rest of the committee yet, but I think there is a priority that would probably be ahead of autism, anorexia or whatever if we were to do a special report.

Tell me your concerns about this. This was a highly intelligent person. I must congratulate you for the enormous amount of work you have put into this. It was an absolutely superb presentation — yours too, Ms. Mayer — and I am fully aware of the time you have taken to put this together, but this was also a highly intelligent person I was talking to. What is your response to this?

Ms. Whitney: Well, I would say yes, it does need a report of its own, but in the interim, I think it was important to come here today. Clearly, if the courts have turned their backs on these children and the equality rights in the Charter have essentially been gutted, it was absolutely critical for me to come and put on the record that we need three new pieces of legislation. While I understand that you are part of the Senate, you still have the power, the sway, and the skill to go back to your colleagues and put this before them. It makes sense to do it.

If it gets lost in the report, that would be tragic, because I do not know if any community has suffered as much as these children have. People, including myself, have spent thousands and thousands of dollars out of their own pockets on litigation, only to be left standing at the Supreme Court of Canada.

It is imperative that you address autism in this report, but I do believe that the only way that autism will ever be treated, and many of these other disabilities, is if you introduce, at least, a Canadians with disabilities act.

I am sorry that the person may have had a different concern. I am not so concerned that the issue would be lost. I think it is being addressed today. You are allowing me to speak. You are

Le sénateur Keon : Comme l’a mentionné le sénateur Kirby, nous avons reçu un nombre assez élevé d’appels téléphoniques et de courriel de parents d’enfants autistes qui nous disaient : « Pourquoi intégrez-vous l’autisme à une étude sur la santé mentale? Ces enfants ont assez de problèmes comme ça, sans qu’on les étiquette de cette façon. »

Hier matin, juste avant de quitter la maison, j’ai répondu au téléphone. Ma secrétaire m’a transféré la communication, parce qu’elle estimait que c’était important. Nous recevons beaucoup d’appels, comme vous le savez, et nous ne pouvons pas toujours y répondre, mais celui-là semblait important. Cette personne a dit : « Je crains vraiment que l’autisme ne passe inaperçu dans votre rapport. Ce sera un rapport énorme, portant sur un sujet énorme, et je crois que l’autisme en soi doit faire l’objet d’un rapport ».

Je ne crois pas que nous puissions préparer un rapport distinct sur ce sujet. Nous n’avons pas parlé de notre prochaine priorité, lorsque nous mettrons la dernière main à ce rapport, en décembre. J’ai déjà une idée de la priorité que je privilégie, et je n’en ai même pas encore fait part aux autres membres du comité, mais je crois que c’est un enjeu qui serait probablement plus susceptible de faire l’objet d’un rapport spécial que l’autisme, l’anorexie ou autre chose.

Dites-moi vos préoccupations à l’égard du commentaire de cette personne. C’était une personne très intelligente. Je tiens à vous féliciter du travail énorme que vous avez effectué. C’était un exposé absolument superbe — le vôtre aussi, madame Mayeur —, et je suis tout à fait conscient du temps que vous avez mis pour l’assembler, mais la personne à qui j’ai parlé était également une personne très intelligente. Que répondez-vous à cela?

Mme Whitney : Eh bien, je dirais que, oui, cela mérite un rapport spécial, mais en attendant, je crois qu’il était important de venir témoigner aujourd’hui. Manifestement, puisque les tribunaux ont tourné le dos à ces enfants, et que les droits à l’égalité prévus dans la Charte ont essentiellement été réduits à néant, il est absolument crucial pour moi de venir et de faire inscrire au dossier que nous avons besoin de trois nouvelles lois. Même si je comprends que vous êtes membre du Sénat, vous avez le pouvoir, l’influence et la capacité de faire état de la situation auprès de vos collègues. C’est la chose à faire.

Si l’autisme était éclipsé par les autres éléments du rapport, ce serait tragique, car je ne sais pas si d’autres groupes ont souffert autant que ces enfants. Des gens, y compris moi-même, ont dépensé des milliers et des milliers de dollars pour porter cette question devant les tribunaux, et, au bout du compte, la Cour suprême du Canada nous a laissés tomber.

Il est impératif que vous parliez d’autisme dans votre rapport, mais je crois néanmoins que le seul moyen de procurer un jour ce traitement aux autistes, et de faire traiter un grand nombre de ces autres handicaps, c’est d’établir, au moins, une loi canadienne sur les personnes handicapées.

Je regrette que cette personne ait d’autres préoccupations. Je ne crains pas que la question ne soit pas examinée. Je crois qu’on l’examine aujourd’hui. Vous me permettez de vous en parler.

hearing the voice of these children today, and you can take that and my report back and enable change to take place.

Senator Pépin: Do you believe it would help the autism case if there were a charter of rights for mental health in which the inequality, injustice and discrimination would be addressed?

Ms. Whitney: Absolutely. I know it would help, because in the United States, the Americans with Disabilities Act provides for compliance officers. When you visit websites for universities, hospitals, anywhere there is an access issue for a person with a disability, they say right up front, we comply with the ADA by doing this, this, and this.

Right now, the Charter will not protect anyone in this country with a disability. We need a Canadians with disabilities act. In fact, they rarely go to court in the United States because problems are solved at the compliance officer level.

Somebody mentioned having more advocates. If we bring in a Canadians with disabilities act and hire compliance officers, half of the red tape, half of the problems brought before you today, would disappear.

Senator Pépin: Great. I have another question for Mme Mayeur. You said that your daughter was sexually assaulted, but at that time, there were no psychological services offered to her?

Ms. Mayeur: No. I phoned all sorts of ministries and regional health bodies; I called everywhere. She took training for volunteers for the Halton Rape Crisis Centre, and that is when she told me. She said this had happened and she was now aware of a very good therapist, and that is why she was telling me. I called around to see what was available within our own community. I am a terrible driver and going to Hamilton was frightening for me, but there was nothing.

Right now, I think Nina's Place at Brant provides contact with some services, but I am not sure that they are covered, and that is a point I did not make in my presentation. We pay psychiatrists through OHIP, but not psychologists, and yet some of the most effective people in the treatment of eating disorders are psychologists, social workers, mental health workers, and that inequity should be addressed.

If we do not have enough psychiatrists, fine, let them train people, let them do the medical monitoring part, but hire psychologists who have been trained in the area.

Senator Trenholme Counsell: I want to ask a very general question, and I must say, Chair, I have not been at the hearings until now, so this may have come up before. We are talking about, in some respects, the absence of services for those who are

C'est la voix de ces enfants que vous entendez aujourd'hui, et vous pouvez prendre mon témoignage et mon rapport et l'utiliser pour favoriser le changement.

Le sénateur Pépin : Estimez-vous que la création d'une charte des droits destinée aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, assortie de dispositions luttant contre l'iniquité, l'injustice et la discrimination, pourrait aider la cause des autistes?

Mme Whitney : Certainement. Je sais que ce serait utile, car, aux États-Unis, l'Americans with Disabilities Act prévoit l'habilitation d'agents de conformité. Lorsqu'on consulte un site Web d'université, d'hôpital ou de tout autre établissement qui doit être accessible aux personnes handicapées, on mentionne d'emblée qu'on est conforme à l'ADA parce qu'on fait ceci ou cela.

À l'heure actuelle, la Charte ne protège aucunement les personnes handicapées au pays. Nous avons besoin d'une loi canadienne sur les personnes handicapées. De fait, les tribunaux américains sont rarement saisis de telles affaires, car les problèmes sont résolus par les agents de conformité.

Quelqu'un a mentionné qu'il fallait davantage d'intervenants. Si nous adoptions une loi canadienne sur les personnes handicapées et nous embauchions des agents de conformité, la moitié du fardeau administratif et des problèmes soulevés aujourd'hui disparaîtrait aussitôt.

Le sénateur Pépin : Fantastique. J'ai une autre question pour Mme Mayeur. Vous dites que votre fille a été victime d'une agression sexuelle, mais qu'à l'époque on ne lui a offert aucun service psychologique?

Mme Mayeur : Non. J'ai communiqué avec une foule de ministères et d'organismes de santé régionaux; j'ai téléphoné partout. Elle a participé à une formation pour bénévoles du Halton Rape Crisis Centre, et c'est à ce moment-là qu'elle m'en a parlé. Elle m'a dit que cela c'était produit, et qu'elle m'en parlait parce qu'elle connaissait une très bonne thérapeute. J'ai fait plusieurs appels pour savoir ce qui était offert dans notre localité. Je conduis très mal, et j'avais peur de conduire jusqu'à Hamilton, mais il n'y avait rien.

À l'heure actuelle, je crois que Nina's Place, à Brant, peut vous mettre en contact avec de tels services, mais je ne suis pas certaine que ces services soient couverts, et c'est un point que je n'ai pas soulevé dans mon exposé. Nous payons les psychiatres par l'entremise du RAMO, mais pas les psychologues; pourtant, on compte des psychologues, des travailleurs sociaux et des professionnels de la santé mentale parmi les gens les plus efficaces au chapitre du traitement des troubles alimentaires, et cette iniquité devrait être corrigée.

Si on manque de psychiatres, d'accord, qu'ils en forment d'autres, qu'ils les laissent assurer un contrôle médical, mais embauchons des psychologues jouissant d'une formation dans le domaine.

Le sénateur Trenholme Counsell : J'aimerais poser une question très générale, et je dois dire, monsieur le président, que je n'ai pas assisté aux audiences précédentes, alors cette question a peut-être déjà été soulevée. Nous parlons, à certains égards, de l'absence de

mentally ill, the Canada Health Act, et cetera, and I do not understand why you continue to use the word “client” or “consumer” rather than “patient.” I would think we are talking about patients and their families, but I have only heard that word “patient” perhaps once or twice this morning.

Ms. Mayeur: I think it has to do with the fact that in many cases, this is still not recognized as a physical illness in some segments of society, and also, we are trying to found a Danielle’s Place in our area, a support centre much like Sheena’s Place. There you have to use “client,” unless you are providing medical treatment, so it depends on what service you are offering.

Senator Trenholme Counsell: I can understand that, but it seems to me in a general sense, we keep hearing “client” and “consumer,” and we are not talking about patients. We talk about the patient/doctor relationship, the patient/nurse relationship, although I know “client” is used in some sections of the health care service. Ms. Miller, how do you feel about that?

Ms. Miller: I think there is a small can of worms here. Some of these topics are controversial. Post-traumatic stress disorder, for example, is a diagnosis that some people claim has a purely external cause — you have been raped or whatever, or you have been in a war — and not a biological cause, but we are hearing that the biology and the mind are pretty much one, and to some extent, it is splitting hairs.

There is the term “consumer,” there is the term “consumer/survivor,” there is the term “patient,” and there is the term “client,” and all of them have meaning and a history. People identified as “patients” have historically, as you know, been subjected to electric shock therapy, medication, restraints, they have been “psychiatrized,” and so they try to shake off the label of “patient.” There are many people who have been through the psychiatric system who have been traumatized and re-traumatized, so they refer to themselves as “survivors.”

The “survivor” part of consumer/survivor refers not to surviving the mental health problem — the language that I use — but the treatment for it. “Consumer” means somebody who consumes the services, and it is trying to put the language on more of a footing with somebody who is purchasing services through their tax dollars, so people do not feel they are as low as the “patient.” I am talking about language here.

It is very similar to the situation in women’s communities, feminist communities, when we use to hear, “Go get me a cup of coffee, girl.” We said, “We are girls,” and we reclaimed the word to mean what we wanted it to mean, not “servant.”

There is a shift in language and mentality, especially as people are focusing more on recovery. We hear the tales about when people get help, they recover, and so we want the language to be stronger, more positive and forward looking.

services pour ceux qui souffrent d’une maladie mentale, de la Loi canadienne sur la santé, et cetera, et je ne comprends pas pourquoi vous utilisez continuellement les mots « client » et « consommateur » au lieu de « patient ». Je suppose que nous parlons des patients et de leur famille, mais je n’ai entendu le mot « patient » qu’à quelques reprises ce matin.

Mme Mayeur : Je crois que c’est parce que, dans la plupart des cas, ce n’est pas toujours reconnu comme une maladie, dans certains segments de la société — nous essayons aussi de fonder une « maison de Danielle » dans notre région, un centre de soutien du type « Sheena’s Place ». Dans ce genre d’endroit, on parle de « client » sauf s’il y a des traitements médicaux; ça dépend donc du type de services offerts.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je comprends ça, mais il me semble qu’en général, on entend quand même souvent « client » et « consommateur », mais qu’on ne parle pas de patient. On parle de la relation patient-médecin, de la relation patient-infirmière, mais je sais que dans certaines tranches des services de santé, on utilise « client ». Qu’en pensez-vous, madame Miller?

Mme Miller : Je crois que cela ressemble un peu à un guêpier. Ces sujets soulèvent parfois la controverse. Quand on diagnostique le syndrome du stress post-traumatique, par exemple, certaines personnes disent que les causes sont uniquement extérieures — vous avez été victime d’un viol, par exemple, vous avez vécu la guerre — et que la cause n’est pas biologique, mais pourtant, on entend aussi dire que le corps et l’esprit ne feraient qu’un, et d’une certaine façon, on ne fait que couper les cheveux en quatre.

On utilise « consommateur », ou « consommateur et survivant », ou encore « patient » ou « client »; tous ces termes ont un sens et une histoire. Ceux qu’on appelle les « patients » ont de tout temps, comme vous le savez, été soumis aux électrochocs, au confinement, à la médication; ils ont été « psychiatrisés » et c’est pourquoi ils essaient d’éviter l’étiquette de « patient ». Il y a aussi nombre de personnes qui sont passées par le système psychiatrique, qui ont accumulé les traumatismes, et qui s’appellent maintenant eux-mêmes des « rescapés ».

Au sujet de « consommateurs et rescapés », par « rescapé », on désigne ceux qui survivent, non pas au problème de santé mentale — c’est comme ça que je le dis —, mais au traitement de ce problème. Le « consommateur », c’est quelqu’un qui consomme des services, et on utilise ce terme pour être sur le même pied que les personnes qui achètent des services grâce à leurs impôts, parce qu’on ne veut pas être rabaissé au rang de « patient ». C’est une question de terminologie.

Ça ressemble beaucoup à ce qui se passe dans les collectivités de femmes, les collectivités féministes — on avait l’habitude d’entendre : « J’ai demandé un café à la fille ». On a dit : « Nous sommes des filles », et nous avons récupéré ce mot, pour qu’il désigne ce que nous voulions qu’il désigne, non pas « servante ».

Les mots comme les mentalités changent, surtout depuis que l’on s’attache un peu plus au processus de rétablissement. On raconte que lorsque des personnes obtiennent de l’aide, elles peuvent se rétablir; alors, nous voulons des mots plus forts, plus positifs et axés vers l’avenir.

Certainly, somebody else would give you a different answer, but that is the best I can do for now.

The Chairman: Thank you. I will say that in our first report, near the beginning somewhere, as I recall, we explained that we had used the word “consumer” partly because it is not purely a medical model, which is what “patient” connotes.

Ms. Miller: Yes.

The Chairman: Partly, we were talking not just to people who use the services, but to their associated families, so we did not want to use “survivor,” but we recognize language matters a lot.

Ms. Miller: Yes, for sure.

The Chairman: Finally, a question from Senator Cook, who is also from Newfoundland and was very much involved in the community health service program in the small communities around the coast.

Senator Cook: Thank you very much for appearing this morning. I will speak for myself. You have had me on a steep learning curve here today, and I suspect that is true of all of us who sit around this table.

When you talk about a disabilities act, I want to throw in a spike, if I may, because then who determines the disability? It is all very well to suggest a disabilities act. Then it becomes the details: adolescents, children, adults, who and what.

My first thought when it was raised here was to say, what about the UN Convention on the Rights of the Child? Would that not cover that which we are trying to achieve, rather than putting something else into the mix?

Ms. Whitney: First, let me take care of your spike. We do not need to reinvent the wheel. Such legislation already exists, and it is working, in the United States. I have included it in the report so that you can take a look at it. It is in the index, so you can see what is covered by the definition. It is a very successful piece of legislation.

Unfortunately, I cannot say the same for the Convention on the Rights of the Child. It has been ratified, as you know, by Canada, and therefore it is supposed to be a legally binding agreement for this country. However, if it was legally binding and did the job that it should do, which is protect the most vulnerable citizens in this country — and let’s talk about doubly vulnerable people, children who cannot even speak for themselves — then it should have protected them at the Supreme Court of Canada, but it did not, and it has not protected them in this province either.

There are injunctions being granted every day in the lower courts in this province stating that if the treatment is not provided, these children will suffer irreparable harm. The government appeals every single one of those injunctions, and one of the conventions that we have relied on is the Convention on the Rights of the Child. It is comprehensive and should work,

Quelqu’un d’autre vous donnerait certainement une autre réponse; c’est le mieux que je puisse faire pour le moment.

Le président : Je vous remercie. Je rappellerai que dans notre premier rapport, au début, si je me souviens bien, on a expliqué que, si on utilisait le terme « consommateur », c’est en partie parce qu’il n’est pas directement lié au modèle médical, ce que connote le terme « patient ».

Mme Miller : C’est cela.

Le président : C’était aussi en partie parce que nous ne parlions pas seulement aux personnes qui utilisent les services, mais aussi à leur famille. C’est pourquoi nous ne voulions pas parler des « rescapés », mais nous reconnaissons que les mots ont beaucoup d’importance.

Mme Miller : Sans aucun doute.

Le président : Nous passons maintenant à une question du sénateur Cook, qui vient aussi de Terre-Neuve, et qui s’est engagée à fond dans les programmes de santé communautaire des petites collectivités de la côte.

Le sénateur Cook : Merci beaucoup d’être venue ici ce matin. Je parlerai en mon nom propre. J’ai beaucoup appris en peu de temps, grâce à vous, aujourd’hui, et je crois que c’est le cas de tous ceux qui se trouvent autour de la table.

Vous avez parlé d’une loi sur l’incapacité. Je vois déjà un obstacle : qui déterminera l’incapacité? Une loi sur l’incapacité, c’est une très bonne idée. Mais il faut en venir aux détails : les adolescents, les enfants, les adultes, qui et quoi.

Quand on a parlé de ça ici, j’ai tout de suite pensé à la Convention des Nations Unies relative aux droits de l’enfant. Est-ce qu’elle ne nous aiderait pas à réaliser nos objectifs, en nous évitant de mettre sur pied une autre entité?

Mme Whitney : Parlons d’abord de cet obstacle. Nous n’avons pas besoin de réinventer la roue. Il existe déjà une loi de ce type, aux États-Unis, et elle fonctionne. Je l’ai incluse au rapport, vous pourrez en prendre connaissance. Allez voir à l’index, on indique ce que couvre la définition. Cette loi donne de très bons résultats.

Malheureusement, on ne peut pas dire la même chose de la Convention relative aux droits de l’enfant. Le Canada a ratifié cette Convention, comme vous le savez, et elle a donc force obligatoire dans notre pays. Pourtant, si elle entraîne des obligations juridiques et qu’elle donnait les résultats escomptés, c’est-à-dire protéger les citoyens les plus vulnérables de notre pays — nous pouvons parler de personnes doublement vulnérables, des enfants qui ne peuvent même pas se faire entendre —, cette Convention aurait dû les protéger devant la Cour suprême du Canada, mais non, elle ne les protège même pas dans notre province.

Les tribunaux inférieurs de notre province accordent tous les jours des injonctions en déclarant que si on ne leur fournit pas un traitement, les enfants visés subiront des torts irréparables. Le gouvernement interjette appel de chacune de ces injonctions; nous nous appuyons entre autres sur la Convention relative aux droits de l’enfant. Elle est complète, et elle devrait être efficace, mais elle

but it failed at this country's highest court. I cannot say often enough that if you want to protect people with disabilities in this country once and for all, you must bring in a Canadians with disabilities act; and you need not reinvent the wheel. It works in the U.S. and it will work here.

Senator Cook: I am searching for answers, as we all are. What if Canada had national standards with appropriate protocols, because I hear you saying that what is not available for your child in Ontario is available for our population in Newfoundland, if not to the nth degree, to a greater degree? I hear you say that psychologists are not paid under OHIP. Well, they are paid under medicare in my province.

The Chairman: It is a provincial decision.

Senator Cook: Yes.

The Chairman: They are in Nova Scotia, too, by the way.

Senator Cook: If we are to have some vision or solutions here, surely a national standard with the appropriate protocols is something that we should dare to investigate.

Ms. Whitney: At the very least, the Canada Health Act should be amended to include people with mental illness, which would include autism. We need federal protection. We need legislation. We do not need goodwill. We do not need good ideas. They did not work at the Supreme Court of Canada, which should have protected these children. Look at what happened. It is a disaster.

The services in your province are under the social services ministry. They are not under the Ministry of Health. Children with autism are left at the mercy of the bureaucrats, and I am imploring you with everything in me because I cannot tell about you the suffering. I have watched my son.

Senator Cook: I should share with you — and you probably know — that in my province there is a very aggressive fundraising effort to build an autism facility for children. They have raised \$250,000 and are looking for more to turn the sod by June; but then I wonder, we will have this physical structure, and then who will implement the programs that are so necessary? Do then we go back to our provincial governments and say, "We have this building. We have this facility. Now, who will staff it and who will provide what is required for the children?"

Ms. Whitney: I do not think that buildings are the solution here. We have in Ontario a palliative care system that delivers treatment in a person's home. There is no need to reinvent the wheel in this province or any other. We could use that system to deliver effective autism treatment at a very economical cost to the taxpayer. It would be much more cost efficient than building big structures.

Look at hospitals that pay for abortions. Those are often not provided on site at hospital facilities. There is no reason not to expand the Canada Health Act and the insured benefits that it

plie devant le plus haut tribunal du Canada. Je ne le répéterai jamais assez : si vous voulez protéger les Canadiens handicapés une fois pour toutes, vous devez adopter une loi canadienne sur l'incapacité; pas besoin de réinventer la roue. Ça marche aux États-Unis, ça marchera ici.

Le sénateur Cook : Comme tout le monde, j'essaie de trouver des réponses. Que se passerait-il si le Canada adoptait des normes nationales et des protocoles appropriés? Je vous ai entendu dire que ce que vous ne pouviez obtenir pour votre enfant en Ontario, on pouvait l'obtenir à Terre-Neuve, peut-être pas au énième degré, mais à un degré supérieur. Je vous ai entendu dire que les psychologues n'étaient pas rémunérés par la RAMO. Eh bien, ils sont rémunérés par l'assurance-santé, dans ma province.

Le président : Cette décision relève de la province.

Le sénateur Cook : C'est ça.

Le président : Ils le sont aussi en Nouvelle-Écosse, en passant.

Le sénateur Cook : Si nous voulons, ici, dégager une vision ou trouver des solutions, nous devrions faire l'effort d'examiner des normes nationales et des protocoles appropriés.

Mme Whitney : Il faudrait au moins modifier la Loi canadienne sur la santé pour y intégrer les personnes souffrant de maladie mentale, ce qui comprendrait aussi les cas d'autisme. La protection du gouvernement fédéral est nécessaire. Nous avons besoin de lois. Nous n'avons rien à faire de la bonne volonté et des bonnes idées. Cela n'a pas marché avec la Cour suprême du Canada, qui aurait dû protéger ces enfants. Regardez ce qui s'est passé. C'est un désastre.

Dans votre province, c'est le ministère des Services sociaux qui offre les services. Pas le ministère de la Santé. Les enfants autistes sont à la merci des bureaucrates. Je vous implore de tout mon cœur, je ne suis pas capable de vous parler de la souffrance. J'ai vu mon fils.

Le sénateur Cook : J'aimerais que vous sachiez — vous le savez probablement déjà — que, dans ma province, on met tout en œuvre pour ramasser des fonds afin de construire un établissement pour les enfants autistes. On a recueilli 250 000 \$, et on espère pouvoir lever la première pelletée de terre en juin; mais je me demande, après qu'on aura érigé la structure physique, qui mettra en œuvre les programmes si nécessaires? Devrons-nous nous tourner vers les gouvernements provinciaux et leur dire : « Nous avons un immeuble, nous avons des installations. Qui fournira le personnel? Qui donnera aux enfants ce dont ils ont besoin? »

Mme Whitney : Je ne crois pas qu'un édifice répondrait à nos besoins. En Ontario, il existe un système de soins palliatifs qui offre des traitements à domicile. Il n'y a pas lieu de réinventer la roue, ni dans notre province, ni dans une autre. Nous pourrions utiliser ce système pour offrir un traitement efficace aux autistes, de façon très économique pour les contribuables. Ce serait beaucoup plus efficient que la construction de grosses structures.

Pensez aux hôpitaux qui paient les avortements. Ils ne sont pas souvent faits dans les établissements hospitaliers. Il n'y a pas de raison de ne pas donner plus d'étendue à la Loi canadienne sur la

covers to include people like psychologists and other allied health care professionals. This was thoroughly investigated in the *Auton* case in B.C., and I would certainly ask you to take a look at that.

We need to be willing, at least until we can build the capacity of our professionals in this country specifically for autism treatment, to open the border and allow direct funding, so that we use the money most effectively for the children and keep the cost as low as possible.

Let me give you an example. In Ontario, the autism program has nine regions throughout the province. It is a structure, it is a building, with people in it, and their cost to deliver the treatment program for one year is \$108,000 per child. The actual cost to treat the child is \$55,000. What has gone wrong there?

The Provincial Auditor of Ontario has just done a thorough report, which is included in the second report that I gave you, showing exactly this, the high figures when you try to do it through government agencies. It is a waste of the taxpayers' money. We can make this much more cost efficient.

I am not sure that building structures is the answer, but the money is there for the treatment. It is there in government budgets that are already allocating funds that are being wasted, and we can use them much more effectively through a direct funding option using palliative care as the model and moving it under fee for service.

Senator Cook: Thank you. Ms. Mayeur, I thank you for your story because I am the mother of an anorexic girl, and mine is a good news story. She was one of your 40 per cent — it took three-and-a-half years — and it was because of the loss of her dad, who was a cancer victim. She has two beautiful boys and I run around the Senate every now and again showing pictures of John and Luke. Mine is a good news story, but she had one-on-one care.

I live in a not-too-populated part of Canada. She had a psychologist and a dietician, and she signed contracts with them, even on what she ate. It was a partnership, and it is a good model, Mr. Chairman. It worked for her, and she had a mother who was not quite in the loop.

Ms. Mayeur: Yes, it is very much driven by the patient

Senator Cook: Thank you for sharing your story.

Ms. Mayeur: Yes, I have to commend Newfoundland. I was speaking at Homewood last week when I was approached by a 42-year-old man who was on his second stint at Homewood, and he said Newfoundland is wonderful. They have two people to work with, although it is a small area. They are good for him.

santé et les services qu'elle assure pour y inclure, par exemple, des psychologues ou d'autres professions paramédicales. C'est une question qui a été examinée en détail dans l'affaire *Auton*, en Colombie-Britannique, et j'aimerais beaucoup que vous l'examiniez aussi.

Nous devons être prêts, du moins jusqu'à ce que les professionnels canadiens acquièrent une capacité spécifique pour le traitement de l'autisme, à lever les barrières et à permettre un financement direct, de façon que l'argent soit utilisé le plus efficacement possible pour les enfants et que les coûts restent le plus bas possible.

Laissez-moi vous donner un exemple. En Ontario, le programme pour les autistes est divisé en neuf régions. Il y a une structure, un établissement, avec des personnes. Le coût d'exécution du programme de traitement est de 108 000 \$ par année par enfant. Les coûts réels du traitement sont de 55 000 \$ par enfant. Qu'est-ce qui s'est passé?

Le vérificateur de l'Ontario vient de déposer un rapport détaillé, que j'ai inclus dans le deuxième rapport que je vous ai donné, qui montre exactement cela, les coûts élevés des projets réalisés à l'aide des organismes gouvernementaux. C'est un gaspillage de l'argent des contribuables. Nous pouvons le faire de façon beaucoup plus efficiente.

Je ne crois pas que la construction d'établissements soit la réponse, mais il y a de l'argent pour le traitement. Les budgets gouvernementaux prévoient déjà l'affectation de fonds, qui sont gaspillés, mais nous pourrions les utiliser de façon beaucoup plus efficace par le biais d'un financement direct, sur le modèle du financement des soins palliatifs et en adoptant le principe de la rémunération à l'acte.

Le sénateur Cook : Je vous remercie, madame Mayeur. Merci d'être venue raconter votre histoire, je suis moi-même la mère d'une fille anorexique, mais c'est une histoire qui finit bien. Elle fait partie de la tranche des 40 p. 100 dont vous avez parlé — cela a pris trois ans et demi — et dans son cas, c'est parce qu'elle a perdu son père, qui a succombé au cancer. Elle a deux magnifiques garçons et je n'arrête pas, au Sénat, de montrer des photographies de John et de Luke. Dans mon cas, l'histoire s'est bien terminée, mais c'est parce qu'elle a eu des soins personnalisés.

Je vis dans une région assez peu peuplée du Canada. Elle a été suivie en psychologie et en diététique, et elle a signé des contrats avec ses thérapeutes, qui concernaient même ce qu'elle mangeait. C'était un partenariat, et c'est un bon modèle, monsieur le président. Ça a marché dans son cas, et sa mère n'était pas du milieu.

Mme Mayeur : En effet, ça repose presque en entier sur les épaules du patient.

Le sénateur Cook : Merci d'être venue raconter votre histoire.

Mme Mayeur : Oui, je dois féliciter Terre-Neuve. Je prononçais une conférence à Homewood, la semaine dernière, lorsqu'un homme de 42 ans est venu me parler. Il en était à son deuxième séjour à Homewood, et il a dit que Terre-Neuve était vraiment magnifique. C'est une petite région, mais il y a quand même deux

They sent him to Homewood no matter what the cost when it became intense. He said to me, "I do not understand why I have this illness because I have a wife I love and children, and everything is fine. Why am I sick?" I said, "Well, there is a genetic factor in many people," and he said, "Oh, I have a sister who is bulimic and an aunt who had an eating disorder."

Senator Cook: Mr. Chair, it did not cost me anything — not one penny. Medicare paid.

Ms. Mayeur: That is so wonderful.

Senator Cook: The need for national standards could not be clearer.

Ms. Mayeur: Thank you.

The Chairman: May I thank all of you for coming and allowing us to prevail upon your time. I think we originally told you we would be finished at 11:45, but we really appreciated your taking the time to be with us.

I should also say why, in case some of you wondered, in introducing my colleagues, I told you what they did but I never bothered to mention whether they were Liberal or Conservative. The reason is that has never been an issue on this committee. We have always reached unanimous decisions, and I think from time to time, most of us forget who is with what party in any event, so that is why I stayed away from that partisan identification.

The committee adjourned.

TORONTO, Tuesday, February 15, 2005

(8)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 1:20 p.m., to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senators, our next witness is Carrie Hayward, Director in the Mental Health and Addiction Branch of the Department of the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care who is responsible for mental health. Ms. Hayward has been in her job for less time than we have been working on the issue. On the other hand, she spent many years in the Aboriginal health field, so she clearly has had more than a little experience with mental health. Ms. Hayward, thank you for coming.

I know you have a presentation, but I ask you to tell us before you start where your branch fits in with health in Ontario. Then, do your presentation and we will ask you lots of questions.

personnes avec qui travailler. Ils le traitent bien. Ils l'ont envoyé à Homewood, sans tenir compte des coûts, lorsque son état s'est aggravé. Il m'a dit qu'il ne comprenait pas pourquoi il souffrait de cette maladie. Il a une femme qu'il adore et des enfants, et tout va bien. Il me demandait pourquoi il était malade. Je lui ai répondu qu'il y avait des facteurs génétiques, dans de nombreux cas. Il a répliqué qu'il avait une sœur boulimique et une tante qui avait aussi un trouble de l'alimentation.

Le sénateur Cook : Monsieur le président, ça ne m'a rien coûté — pas un sou. L'assurance-maladie a payé.

Mme Mayeur : C'est vraiment merveilleux.

Le sénateur Cook : Ça rend encore plus évident qu'il faut des normes nationales.

Mme Mayeur : Merci.

Le président : Je tiens à vous remercier, tous, d'être venus devant nous ce matin et de nous avoir laissé prendre de votre temps. Je crois que nous vous avons dit, au départ, que tout serait terminé à 11 h 45; c'est pourquoi nous apprécions vraiment votre disponibilité.

Je devrais aussi expliquer, pour ceux qui se sont posé la question, pourquoi, quand j'ai présenté mes collègues, j'ai dit ce qu'ils faisaient sans prendre la peine d'indiquer s'ils étaient libéraux ou conservateurs. La raison, c'est que cela n'a jamais posé problème, dans notre comité. Nous avons toujours rendu des décisions unanimes et je crois que, de temps à autre, la plupart d'entre nous oublions à quel parti nous appartenons. C'est pourquoi je n'ai pas donné de précisions sur leur appartenance.

La séance est levée.

TORONTO, le mardi 15 février 2005

(8)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales et de la technologie se réunit aujourd'hui à 13 h 20 en vue de se pencher sous les enjeux touchant la santé mentale et la maladie mentale.

Mesdames et messieurs les sénateurs, notre prochain témoin sera Mme Carrie Hayward, directrice, Santé mentale et dépendances, du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; Mme Hayward est responsable de la santé mentale. Nous avons entamé nos travaux sur cette question avant qu'elle ne soit nommée à ce poste. Par contre, elle a passé de nombreuses années dans le domaine de la santé des Autochtones, et il est clair qu'elle a une assez bonne expérience de la santé mentale. Merci d'être venue ici aujourd'hui, madame Hayward.

Je sais que vous avez un exposé à présenter, mais j'aimerais savoir, avant tout, comment votre secteur est intégré au système de santé de l'Ontario. Vous pourrez ensuite présenter votre exposé et, enfin répondre à nos nombreuses questions.

Ms. Hayward also brought lots of backup with her, so if she really wants to give them a hard time, she will do what I used to do as a deputy, which is take all the tough questions and turn them over to one of the other staff with her.

Ms. Carrie Hayward, Director, Mental Health and Addictions Branch, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care: Thank you very much for the opportunity to present today.

Before I start, I will give you a bit of an overview of how the Ministry of Health and Long-Term Care in Ontario is organized. I will start by telling you that Children and Youth Services are under the auspices now of a new ministry, the Ministry of Children and Youth Services, which plans to make a submission to you at a later time, so I will not speak in very much detail today about that.

The Ministry of Health and Long-Term Care is an organization with a budget of over \$30 billion. In fact, 96 per cent of our budget is a transfer payment to a hospital, a community agency, a public health board, and to many other agencies that provide health care at the local community level.

We have seven regional offices who are working with the transfer payment agencies on a day-to-day basis, but in terms of the large organizational picture, we have a number of divisions headed by assistant deputy ministers. They include the Acute Services Division, which focuses on hospitals and the ambulance services in Ontario, amongst other things. We have a Public Health Division that deals with all the public health issues, and of course, is subsequently dealing with some of the recommendations from the various commissions that have been held on Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS.

We also have a Health Services Division that deals with laboratories, health providers such as physicians, and alternate payments and academic health sciences centres. We have a Policy Division that provides broad, strategic, policy and health human resource directions to the ministry. Within that division is a group that works on mental health policy.

My own division, the Community Health Division, has responsibility for community health centres that some of you may be familiar with, which provide an interdisciplinary model of care. Our division is also responsible for community-based, long-term care, home care, and home nursing, et cetera, as well as the long-term care branch that deals with nursing homes.

I am the Director of the Mental Health and Addictions Branch and have responsibility for all community mental health services in Ontario as well as specialty psychiatric hospitals. To do our

Mme Hayward s'est présentée bien entourée. Si elle veut mettre ses collègues à l'épreuve, elle pourra faire ce que je faisais, lorsque j'étais député, c'est-à-dire leur demander de répondre aux questions les plus difficiles.

Mme Carrie Hayward, directrice intérimaire, Division de la santé mentale et des dépendances, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario : Je suis très heureuse d'avoir l'occasion de prendre la parole ici, aujourd'hui, je vous remercie.

Avant de commencer, je vous donnerai un bref aperçu de l'organisation du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Pour commencer, sachez que les services aux enfants et à la jeunesse relèvent d'un nouveau ministère, le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, qui prévoit déposer un mémoire ultérieurement. Je ne donnerai donc pas beaucoup de détails à ce sujet aujourd'hui.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est doté d'un budget de plus de 30 milliards de dollars. Son budget est consacré à 96 p. 100 au paiement de transfert pour les hôpitaux, les organismes communautaires, les agences de santé publique et les nombreux organismes qui fournissent les soins de santé à l'échelle communautaire.

Notre ministère compte sept bureaux régionaux qui collaborent chaque jour avec les organismes qui reçoivent les paiements de transfert; sur le plan organisationnel, dans son sens le plus large, on compte plusieurs divisions relevant de sous-ministres adjoints. Je parle entre autres de la Division des services en soins actifs, qui gère les services hospitaliers et les services d'ambulance de l'Ontario, entre autres choses. Nous avons aussi une Division de la santé publique, qui s'occupe des questions de santé publique, mais aussi, en conséquence, de certaines recommandations des diverses commissions qui avaient pour objet le Syndrome respiratoire aigu sévère, le SRAS.

Nous avons aussi la Division des services de santé, qui s'occupe des laboratoires, des fournisseurs de santé, par exemple les médecins, de la diversification des modes de paiement et des centres hospitaliers universitaires. Nous avons aussi la Division des politiques qui fournit au ministre des conseils généraux relatifs à la stratégie, aux politiques et aux ressources humaines de la santé. Cette Division abrite un groupe de travail sur les politiques en santé mentale.

Je travaille moi-même à la Division de la santé communautaire, qui est responsable des centres de santé communautaire avec lesquels certains d'entre vous sont familiarisés; ces centres communautaires ont adopté le modèle de soins multidisciplinaire. Notre Division s'occupe aussi des soins de longue durée en milieu communautaire, des programmes de maintien à domicile, des soins infirmiers à domicile, et cetera, et aussi des programmes du secteur des soins de longue durée qui concernent les foyers de soins infirmiers.

Je suis à la tête de la Direction de la santé mentale et des dépendances; je suis responsable de tous les services de santé mentale en milieu communautaire offerts en Ontario ainsi que des

work well in the branch involves considerable dialogue across the ministry on various topics that we deal with.

I hope that gives you a slight overview of how we are structured.

While the Ministry of Health and Long-Term Care has identified a vision for reforming mental health and addiction services, it is recognized that our provincial approach needs to be linked to a larger strategy. The interim report "Mental Health," Mental Illness and Addiction is an important achievement because it represents the first in-depth examination of mental health policy and practices from a national perspective, and you are to be commended on the release of that report.

The report provides a comprehensive examination of key issues for people affected by mental illness and addiction and their family members. It is based on an extensive consultation process that considered the views of many organizations, individuals and members of the general public. The dialogue that has taken place with members of the community, in developing the report, is important in its own right.

We commend the committee on this open process, which raises awareness of mental health and addiction issues in communities across the province and the country, and invites participation of those who are directly and indirectly affected.

The Ministry of Health and Long-Term Care welcomes the opportunity to work collaboratively with our federal, provincial and territorial colleagues in addressing issues related to mental health and addiction, with the goal of improving the quality of life for individuals most affected, especially those who will experience a serious mental illness in their lifetime.

We understand the Committee's recommendation for a national action plan on mental health, mental illness and addiction. Such a strategy could complement the existing Canada's Drug Strategy, and could build on positive developments in all provinces and territories with flexibility to address different needs.

However, commitment to the development of such an action plan would require extensive discussion with the provinces and territories regarding roles, funding and accountability. We also note that implementation of such a plan would be a considerable challenge, one that has been faced by other countries with mental health strategies and policies at the national level.

In Ontario, mental health disorders are one of the three leading causes of disability, which is consistent with statistics around the world. One in five Ontarians will experience a mental illness in their lifetime that is serious enough to impair their daily

hospitals psychiatry specialized. Pour bien faire notre travail, nous devons communiquer de façon constante avec les autres intervenants du ministère au sujet de tous les dossiers que nous avons en main.

J'espère que cela vous donne une idée générale de notre structure.

Même si le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a défini une vision de la restructuration des services liés à la santé mentale et aux dépendances, tout le monde s'entend pour dire que notre approche provinciale doit s'inscrire dans une stratégie plus générale. Le rapport provisoire intitulé « Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie » marque un pas important, puisqu'il s'agit du premier examen approfondi des politiques et pratiques relatives à la santé mentale à l'échelle du pays. Vous méritez des félicitations pour avoir publié ce rapport.

Le rapport examine en détail les principaux problèmes des personnes touchées par la maladie mentale et la toxicomanie et des membres de leur famille. L'examen se fonde sur un processus de consultation à grande échelle, qui a permis de recueillir l'opinion de nombreux organismes, particuliers et membres du grand public. L'élaboration du rapport a exigé de nombreux échanges avec les membres de la collectivité; ces échanges ont leur importance particulière.

Nous félicitons le comité d'avoir choisi un processus ouvert, qui permet de mieux sensibiliser les collectivités de toute la province et de l'ensemble du pays aux questions touchant la santé mentale et la toxicomanie et d'inviter les personnes directement ou indirectement touchées à y participer.

C'est avec plaisir que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée profite de l'occasion qui lui est donnée de collaborer avec ses homologues des provinces, des territoires et du gouvernement fédéral pour s'attaquer aux questions liées à la santé mentale et à la toxicomanie dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes les plus touchées, en particulier celles qui connaîtront, à un moment de leur vie, des problèmes de santé mentale graves.

Nous savons que votre Comité recommande la mise en place d'un plan d'action national sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie. Ce plan serait un complément de la Stratégie canadienne antidrogue. Il pourrait s'inspirer des programmes fructueux mis en place dans les provinces et les territoires tout en étant suffisamment souple pour répondre à des besoins différents.

Cependant, avant de s'engager envers un tel plan d'action, il faudrait discuter abondamment avec les provinces et les territoires au sujet des rôles, du financement et des responsabilités. Nous devons aussi faire remarquer que la mise en œuvre d'un tel plan constitue un défi considérable, comme le montre l'expérience d'autres pays qui ont adopté des stratégies et des politiques en santé mentale à l'échelle nationale.

En Ontario, les problèmes de santé mentale figurent parmi les trois principales causes d'incapacité, ce qui reflète les statistiques des autres pays. Un Ontarien sur cinq souffrira au cours de sa vie d'une maladie mentale suffisamment grave pour

functioning, while 2.5 per cent, or 240,000 people, will have a mental illness requiring hospitalization or use of community supports in their lifetime.

In Ontario, 20 per cent of adults have personally experienced problems relating to alcohol and drug abuse. Although 67.6 per cent of Ontarians self-rated their mental health as very good or excellent, 7.2 per cent of Ontarians self-rated their mental health as fair or poor.

In 2002, 8.7 per cent of Ontarians had contact with services or supports for mental health or substance abuse problems, and 4.5 per cent reported unmet mental health needs. Surveys indicate that between 35 per cent and 50 per cent of people seeking substance abuse treatment have a psychiatric disorder.

In Ontario, we have a long history of reform beginning in the mental health sector. Beginning back in 1983, names such as Scott, Graham, and Newman are all part of that legacy. Since 1999, we have been pulling all that learning together to develop a framework, *Making It Happen*, an implementation plan for mental health reform, and an operational framework for the delivery of mental health services and supports.

That report was followed in the same year by a document, "Setting the Course," a framework for integrating addiction treatment services in Ontario. Subsequently, we have published a number of policy frameworks for employment supports, streamlining access to services, accountability frameworks, geriatric mental health outreach teams, program policy, and a new program policy for early intervention in psychosis.

I brought copies of these documents for the Committee. "Setting the Course" is a framework for integrating addiction treatment services that provides direction on reform of the addiction treatment system including improving service delivery, monitoring evaluation of services and organization of services.

The mandate of Ontario's addiction programs is to reduce or eliminate addictive behaviours, including not only substance abuse, but problem gambling. There are currently 160 substance-abuse-treatment and problem-gambling agencies funded by the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, and we spend \$137 million annually on addiction programs.

With respect to mental health, we are committed to the development of a comprehensive community-based system of mental health services and supports as set out in "Making It Happen." These two documents lay out the implementation plan for that framework.

"Making it Happen" describes a strategy for a comprehensive and responsive mental health service delivery system in Ontario and sets out the goals and implementation priorities for mental

nuire à ses activités quotidiennes et 2,5 p. 100 des Ontariens, soit 240 000 personnes, souffriront d'une maladie mentale qui exigera leur hospitalisation ou le recours à des organismes de soutien communautaire tout au long de leur vie.

En Ontario, 20 p. 100 des adultes ont eu des problèmes personnels à cause de l'abus d'alcool ou de drogue. Même si 67,6 p. 100 des Ontariens considèrent que leur santé mentale est très bonne ou excellente, 7,2 p. 100 de ceux-ci disent qu'elle est moyenne ou mauvaise.

En 2002, 8,7 p. 100 des Ontariens avaient communiqué avec des services de soutien en santé mentale ou en toxicomanie, et 4,5 p. 100 déclaraient des besoins non satisfaits dans le domaine de la santé mentale. Les sondages révèlent que de 35 à 50 p. 100 des personnes qui cherchent un traitement pour des problèmes de toxicomanie présentent un trouble psychique.

L'Ontario a une longue histoire dans le domaine des réformes, dans le domaine de la santé mentale en particulier. On peut remonter à 1983; les noms de Scott, Graham ou Newman, par exemple, font partie de cet héritage. En 1999, nous avons entrepris de réunir toutes ces connaissances afin d'élaborer une stratégie, intitulée *Franchir les étapes*, qui vise la mise en œuvre de la réforme des services de santé mentale et définit le cadre de prestation de l'ensemble des services de santé mentale.

Le rapport était suivi, la même année, d'un document intitulé « Vers de nouvelles orientations, » qui proposait un cadre d'intégration des services de traitement de la toxicomanie en Ontario. Nous avons par la suite publié des cadres stratégiques sur toutes sortes de sujets : soutien à l'emploi, simplification de l'accès aux services, responsabilisation, équipes de sensibilisation en santé mentale et gériatrie, politique de programme, intervention précoce dans les cas de psychose, une nouvelle politique de programme.

J'ai apporté des copies de ces documents pour les membres de votre Comité. Le document « Vers de nouvelles orientations » propose un cadre d'intégration des services de traitement de la toxicomanie et des orientations sur la réforme du système de traitement des toxicomanies, y compris la prestation des services, le contrôle de l'évaluation des services et l'organisation de ceux-ci.

Le mandat des programmes de lutte contre la toxicomanie de l'Ontario consiste à réduire ou éliminer les dépendances, non seulement à la drogue ou à l'alcool, mais aussi au jeu. Il existe à l'heure actuelle 160 organismes de traitement de la toxicomanie ou des problèmes de jeu qui sont financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; nous consacrons annuellement 137 millions de dollars à ces programmes de lutte contre la dépendance.

En ce qui concerne la santé mentale, nous nous sommes engagés à mettre en place un système communautaire complet de services et de soutiens en santé mentale, comme on l'explique dans le document « *Franchir les étapes*. » Ces deux documents exposent le plan de mise en œuvre de ce cadre.

« *Franchir les étapes* » décrit la stratégie relative à un système complet et adapté de services de santé mentale en Ontario; il énonce les buts et les priorités de la mise en œuvre de la réforme de

health reform. The priority populations addressed by the framework are described using a levels-of-need approach that includes first line, intensive and specialized services.

Currently, the Ontario Ministry spends more than \$3 billion a year for mental health programs and services provided by community mental health agencies, private practitioners such as general practitioners and psychiatrists, provincial psychiatric hospitals, specialty psychiatric hospitals, general hospitals, long-term care facilities, and drug benefits.

There are 334 community-based mental health programs across the province, which offer a range of services and supports. They include crisis services for clients and families to assist in crisis prevention and ongoing support, providing such things as medical intervention, counselling, referral and advocacy, intensive case management to meet a person's perceived needs, and changing needs such as assessment, advocacy, outreach, monitoring and evaluation.

We also have a proud history of Assertive Community Treatment teams to provide comprehensive treatment, rehabilitation and support from self-contained 10-to-12-member multi-disciplinary teams, consisting of psychiatrists, registered nurses, occupational therapists, social workers, vocational specialists, and peer specialists.

We also focus on supportive housing, which is a combination of unique buildings as well as leased units and individual supports; employment supports to secure and maintain employment; consumer initiatives for mutual support, knowledge development, skills training and consumer businesses; and family initiatives such as family self-help groups and their involvement in planning, evaluation and governance of care delivery.

In 2000-2001, nine mental health implementation task forces were established across Ontario to make recommendations to the ministry on the implementation of mental health reform based on "*Making It Happen*." We also established a Forensic Mental Health Services Expert Advisory Panel to provide guidance and a provincial strategy for implementation of a comprehensive forensic mental health service system.

Through addiction treatment system reform, a number of key initiatives have been implemented, including standardized assessment tools, admission and discharge criteria and service

la santé mentale. Le cadre décrit les populations prioritaires en fonction d'une approche liée au niveau des besoins, c'est-à-dire les services de première ligne, les services intensifs et les services spécialisés.

À l'heure actuelle, le gouvernement ontarien dépense plus de trois milliards de dollars par année pour les programmes et services en santé mentale offerts par des organismes communautaires, des médecins en pratique privée, des omnipraticiens et des psychiatres notamment, des hôpitaux psychiatriques provinciaux, des hôpitaux psychiatriques spécialisés, des hôpitaux généraux, des établissements de soins de longue durée et des programmes d'assurance-médicaments.

À l'échelle de la province, on compte 334 programmes communautaires en santé mentale et toute la gamme des services et des programmes de soutien. On parle entre autres des services d'intervention en cas de crise pour les clients et leur famille, qui soutiennent les programmes de prévention des crises et offrent un soutien constant, entre autres des interventions médicales, des conseils, des services de référence ou de défense des droits, une prise en charge intensive des cas en fonction des besoins perçus d'une personne ou de l'évolution de ses besoins par l'entremise par exemple d'évaluations, de défense des droits, de sensibilisation, de contrôle et d'évaluation.

Nous sommes en outre fiers de la longue histoire des équipes de traitement communautaire dynamique; il s'agit d'équipes multidisciplinaires de 10 à 12 membres, comprenant des psychiatres, des infirmières autorisées, des ergothérapeutes, des travailleurs sociaux, des spécialistes de la thérapie par le travail et des spécialistes de domaines connexes.

Nous nous attachons aussi au soutien au logement en proposant à la fois des édifices uniques, des logements locatifs et du soutien individuel; au soutien à l'emploi, pour aider les personnes visées à trouver et conserver un emploi; aux regroupements de consommateurs pour le soutien mutuel, l'acquisition de connaissances et de nouvelles compétences, et les entreprises de consommation; aux projets fondés sur la famille, par exemple les groupes d'entraide familiaux qui peuvent participer à la planification, à l'évaluation et à la gouvernance des programmes de soins.

En 2000-2001, neuf groupes de travail sur la mise en œuvre dans le domaine de la santé mentale ont vu le jour en Ontario. Ils doivent présenter au ministère des recommandations sur la mise en œuvre de la réforme de la santé mentale, en s'inspirant du document « *Franchir les étapes*. » Nous avons aussi créé le groupe consultatif d'experts sur les services en santé mentale dans le contexte judiciaire (Forensic Mental Health Services Expert Advisory Panel) qui doit pouvoir fournir des conseils et proposer une stratégie provinciale relative à la mise en œuvre d'un système complet de services de santé mentale dans le contexte judiciaire.

Grâce à la réforme du système de traitement des toxicomanies, on a pu mettre sur pied un certain nombre de projets clés, notamment pour la normalisation des outils d'évaluation, des

definitions. In addition, agencies have been working together to increase their capacity and the system's capacity to better serve youth, older adults, women and people with concurrent disorders.

In Budget 2004, the government announced an increase in community mental health program spending of \$120 million. That will bring provincial expenditures to \$583 million for community mental health services by 2007-2008, with the goal to reach an additional 78,000 clients. Of that commitment, \$65 million was allocated in this fiscal year. The enhanced community mental health funding focuses on three areas.

The first area is implementation of four key programs: crisis response, early intervention in psychosis, case management, and Assertive Community Treatment teams that will help to reduce hospitalization of people with mental illness.

This component of our plan was made possible by funding of the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal. In fact, to implement this, the ministry has used the results of a five-year, outcome-focused research project to guide our investments in ACT teams, crisis response, case management and early intervention. For example, after four years in an ACT program, clients' average hospital utilization was reduced from 86 days to 15 days per year, representing a total bed-cost avoidance of \$82 million for the 2,887 clients in 2002-2003. In the Toronto region, we found that intensive case management services for people with community treatment orders reduced hospitalization by 87 per cent.

The second element of our strategy is strengthening the existing mental health system by providing the first base increase to over 330 agencies since 1991, and providing funds for new services such as the mental health registry that will connect families, individuals and practitioners with information about services in the mental health sector 24 hours a day, seven days a week.

The third element of our strategy is service enhancements that will keep people with mental illness out of the criminal justice system by providing such supports as mental health court workers, case management, short-term crisis beds, and supportive housing.

Altogether, this strategy will address the government's commitment under the First Ministers' Health Accord. It will improve service integration, coordination and service

critères d'admission et de congé et des définitions des services. En outre, les organismes ont travaillé de concert pour augmenter leurs capacités, et la capacité du système, de mieux servir les jeunes, les adultes âgés, les femmes et les personnes qui présentent des troubles concomitants.

Dans le Budget 2004, le gouvernement a annoncé qu'il ajoutait au financement des programmes de santé mentale dans la collectivité une enveloppe de 120 millions de dollars. D'ici 2007-2008, les dépenses provinciales dans ce domaine atteindront 583 millions de dollars; l'objectif est de rejoindre 78 000 clients de plus. Sur le financement annoncé, 65 millions de dollars ont été versés en cours d'exercice. Le financement supplémentaire pour la santé mentale en milieu communautaire vise trois aspects.

Premièrement, on mettra en œuvre quatre programmes clés : intervention en situation de crise, intervention précoce en cas de psychose, gestion des cas et équipes de traitement communautaire dynamique. Ces programmes devraient favoriser la réduction du nombre d'hospitalisations des personnes souffrant de troubles mentaux.

Cet élément de notre plan a été rendu possible grâce au financement dont s'assortit l'Accord sur le renouvellement des soins de santé, conçu par les premiers ministres en 2003. En fait, pour mettre tout cela en œuvre, le ministère s'est fondé sur les résultats d'un projet de recherche axé sur les issues, qui a duré cinq ans. C'est ainsi qu'il a déterminé nos investissements dans les équipes de TCD, les programmes d'intervention en situation de crise, de prise en charge des cas et d'intervention précoce. Par exemple, les clients qui avaient participé pendant quatre ans à un programme de TCD passaient en moyenne moins de temps à l'hôpital, soit 15 jours plutôt que 86 jours par année. Pour les 2 887 clients concernés en 2002-2003, cela représente une économie de 82 millions de dollars au total. Pour la région de Toronto, nous avons observé une diminution de l'hospitalisation de l'ordre de 87 p. 100 pour les personnes qui ont suivi un programme de traitement communautaire et profité des services de gestion des cas graves.

Le second élément de notre stratégie concerne le renforcement du système de santé mentale existant. Nous allons pour cela accorder la première augmentation de base depuis 1991 à 330 organismes. Nous allons aussi financer de nouveaux services, par exemple le répertoire de la santé mentale qui permettra de fournir, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, des renseignements sur les services liés à la santé mentale à l'intention des familles, des particuliers et des praticiens.

Le troisième élément de notre stratégie vise l'amélioration des services dans le but de tenir les personnes souffrant d'un problème de santé mentale loin du système de justice pénale. On offrira diverses formes de soutien, notamment des aides judiciaires spécialisées en santé mentale, des programmes de prise en charge des cas, des places en milieu hospitalier pour les crises de courte durée, des logements avec services de soutien.

Tous les éléments de cette stratégie reflètent l'engagement pris par le gouvernement dans le cadre de l'Accord des premiers ministres sur la santé. La stratégie favorisera l'intégration, la

effectiveness. It will provide alternatives to institutional care. It will ensure resources in mental health, justice and correctional systems are appropriately directed. It will improve access to community-based care and mental health information. It will also respond to many of the recommendations by the thousands of people involved in the mental health task force process as well as the forensic expert panel.

The Senate Committee has examined a number of key issues that have also been of concern to the Ontario government in developing policy, and designing programs and services. These include identifying key factors that affect service delivery: how to address the needs of those who may not be adequately served by the existing service system, and those whose service needs are complex; how to ensure the appropriate health human resources are in place within the service system; and how to ensure adequate information systems and research capacity.

As well, specific issues such as how to address mental illness and addiction in the workplace and ways to combat stigma are also issues that the ministry has been concerned with. We will speak to these points in the presentation.

With respect to service delivery issues, the committee's vision of a mental health and addiction treatment system that is patient-centred, tailored to individual needs, focused on early detection, seamless, integrated and accessible is entirely consistent with the Ontario government's vision for mental health and addiction services.

In Ontario, we have developed mental health and addiction policy with a strong emphasis on the consumer at the centre of the services, tailored to their needs, with a focus on streamlining access and facilitating choice. This approach recognizes that individuals who experience mental health and addictions can and do recover, and they can lead full lives and contribute greatly to their communities.

The need to improve the co-ordination of services and supports to people with mental health and addiction issues has been identified as a key challenge in the delivery of mental health and addiction services in Ontario.

The Ontario government's focus on transformation of the health care system will address the need to improve co-ordination of services to clients. Implementation of the Local Health Integrated Networks, LHINs, will engage communities in health system transformation and ensure local capacity to plan, co-ordinate, integrate, and ultimately fund the delivery of services at the community level.

coordination et l'efficacité des services. Elle proposera des solutions de rechange aux soins en établissement. Elle veillera à une bonne répartition des ressources entre les systèmes de la santé mentale, de la justice et des services correctionnels. Elle permettra un meilleur accès à l'information concernant les soins communautaires et la santé mentale. De plus, elle répondra aux nombreuses recommandations faites par les milliers de personnes qui ont participé au processus du groupe de travail sur la santé mentale et du groupe d'experts sur la santé mentale en contexte judiciaire.

Le Comité sénatorial a étudié plusieurs questions de fond sur lesquelles s'est aussi penché le gouvernement de l'Ontario au moment d'élaborer des politiques et de concevoir des programmes et des services. Ces questions concernent notamment la détermination des facteurs clés qui touchent la prestation des services : comment répondre aux besoins des personnes qui ne trouvent pas de réponse adéquate dans le système de service existant ou dont les besoins en service sont complexes; comment garantir que le système de service est doté des ressources humaines en santé appropriées; comment garantir la mise en place de la capacité de recherche et des systèmes d'information adéquats.

Le ministère s'est aussi préoccupé de questions spécifiques, par exemple la façon d'aborder la maladie mentale et la toxicomanie en milieu de travail et de combattre la stigmatisation. Nous en parlerons pendant l'exposé.

En ce qui concerne la prestation des services, la façon dont le Comité envisage le système de traitement de la maladie mentale et des toxicomanies est tout à fait conforme à la vision du gouvernement de l'Ontario des services de santé mentale et de toxicomanie; il s'agit dans les deux cas d'un système axé sur le patient, adapté aux besoins des personnes, centré sur le dépistage précoce, d'un système intégré, accessible et sans hiatus.

En Ontario, nous avons élaboré une politique en matière de santé mentale et de toxicomanie qui accorde aux consommateurs toute la place au centre des services et qui adapte les services à ces besoins; le système cherche avant tout à simplifier l'accès et à faciliter les choix. Cette approche reconnaît que les personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie peuvent et vont se rétablir et qu'elles pourront mener une vie pleine en contribuant de façon appréciable à leur collectivité.

On a établi que le principal défi de la prestation de services en santé mentale et en toxicomanie en Ontario consiste à améliorer la coordination des services et des programmes de soutien offerts aux personnes aux prises avec ces problèmes.

Le gouvernement de l'Ontario s'attache à la transformation du système de soins de santé; c'est ainsi qu'il pourra améliorer la coordination des services à la clientèle. La mise sur pied des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (Local Health Integrated Networks — LHIN) assurera la participation des collectivités dans la transformation du système de santé en leur donnant la capacité de planifier, de coordonner, d'intégrer et, au bout du compte, de financer la prestation des services à l'échelle communautaire.

In recent community consultations in the 14 Local Health Integrated Networks of Ontario, mental health and addiction services were, in fact, identified as one of the top five most frequently mentioned areas in terms of patient care, administration and integration opportunities, so we figure that we will see quite a bit of attention in the next while as the LHINs begin to develop plans in these areas and focus on mental health and addiction.

With respect to early detection and intervention, the ministry also supports the committee's assertion that intervening early in the course of mental illness can improve outcomes and the ability to maintain important educational, occupational and social roles. Consistent with this, the Ontario Ministry has developed a program policy framework detailing a comprehensive approach to addressing the needs of those experiencing a first episode of psychosis.

New program funding in the amount of \$4.4 million was announced in the 2000 Ontario budget and is part of the investments I mentioned earlier. It will enable each region to develop its own new or enhanced early intervention services. The funding is targeted to staffing multi-disciplinary teams including social workers, nurses, psychologists and specialty psychiatry that will provide early identification, comprehensive assessment, psycho-social supports and treatment including individual and family counselling, therapy and education, and case co-ordination and specialty case management to people age 14 to 35 that are experiencing a first episode of psychosis.

With respect to combating stigma and discrimination, the ministry recognizes the importance of addressing the stigma associated with mental health and addiction issues as noted within the committee report. Stigma can have a profound negative impact on quality of life as well as recovery. Stigma remains a significant barrier to obtaining employment, housing, and adequate income. As well, the negative stigma associated with mental health and addictions can prevent people from seeking help that could otherwise benefit from it.

The question remains, however, as to how best to influence public attitudes when research has shown that broad-based public awareness campaigns are expensive and not very effective. On the other hand, more targeted initiatives such as the Canadian Mental Health Association Mental Health Works program to assist employers to address mental health issues in the workplace may be more effective. The Mental Health Works program develops and disseminates information, tools, resources and training to assist employers and employees in meeting mental health challenges in their workplace.

On a récemment tenu des consultations communautaires dans le cadre des 14 Réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario. On a observé que les services en matière de santé mentale et de toxicomanie faisaient partie des cinq secteurs les plus fréquemment mentionnés quand il était question des occasions d'intégration, d'administration et de soins aux patients; on peut en conclure qu'on s'intéressera d'assez près à ces services, bientôt, lorsque les LHIN commenceront à élaborer des plans dans ce domaine en s'attachant à la santé mentale et à la toxicomanie.

En ce qui concerne le dépistage précoce et l'intervention, le ministère soutient encore une fois l'hypothèse du Comité selon lequel en intervenant rapidement en cas de maladie mentale, on améliore les issues et on préserve la capacité de jouer un rôle important dans les milieux scolaire, professionnel ou social. C'est pourquoi le ministère ontarien a élaboré un cadre de politique de programme qui explique en détail l'approche complète qui sera adoptée pour répondre aux besoins de ceux qui vivent un premier épisode de psychose.

Dans son budget de 2000, le gouvernement de l'Ontario a annoncé un nouveau financement de l'ordre de 4,4 millions de dollars pour le programme; ce financement fait partie des investissements dont je viens de parler. Il permettra à chaque région de créer un nouveau service d'intervention précoce ou de l'améliorer. Le financement est destiné à la dotation d'équipes multidisciplinaires, comptant des travailleurs sociaux, des infirmières, des psychologues et des psychiatres spécialisés, entre autres, qui pourront procéder au dépistage précoce, faire une évaluation complète, offrir un traitement et des mesures de soutien psychosociales, y compris des conseils, des thérapies et de l'éducation à l'intention du patient ou de sa famille, coordonner la prise en charge des cas et des cas spéciaux. Ces mesures visent les personnes de 14 à 35 ans qui vivent un premier épisode de psychose.

Le ministère reconnaît aussi qu'il est important de lutter contre la stigmatisation et la discrimination qui accompagnent les problèmes de santé mentale et de toxicomanie, comme on l'indique dans le rapport du Comité. La stigmatisation a d'importantes répercussions négatives sur la qualité de vie de même que sur le rétablissement. Elle reste un obstacle important à l'obtention d'un emploi, d'un logement et d'un revenu adéquat. De plus, le caractère négatif des problèmes de santé mentale et de toxicomanie empêche les personnes de chercher à obtenir une aide qui leur serait pourtant utile.

Cependant, on n'a pas encore trouvé quelle est la meilleure façon d'influer sur les attitudes du public; en effet, les recherches montrent que les grandes campagnes de sensibilisation du public coûtent cher et ne sont pas très efficaces. D'un autre côté, les projets plus ciblés, qui visent à aider les employeurs à régler des problèmes de santé mentale en milieu de travail, seraient plus efficaces. On pense notamment au programme Mental Health Works, mis sur pied par l'Association canadienne pour la santé mentale, qui élabore et diffuse des informations, des outils, des ressources et des cours de formation pour aider les employés et les employeurs à relever les défis de la santé mentale dans leur milieu de travail.

As well, the Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health investigates the effects of mental health disorders on business performance, and raises awareness amongst business people as to the impact on productivity.

With respect to specific population groups, the committee's interim report highlights specific service-delivery challenges of meeting the needs of children and adolescents, Aboriginal people, seniors, and those with complex needs such as those with both mental illness and addiction or concurrent disorders.

Examples of initiatives in Ontario that focus on the needs of these groups include our funding of approximately 50 agencies to provide specialized geriatric mental health outreach programs and guidelines for their assessment, consultation, treatment and education services.

In the addiction system, five programs are funded, specifically for older adults, as well as a number of agencies that have developed specialization in providing addiction treatment services for older adults. Funding for agencies that serve specific ethnocultural groups as well as the francophone community is part of our program. The ministry, in conjunction with Aboriginal communities, has ten years of experience implementing the innovative Aboriginal Healing and Wellness Strategy consisting of primary care, healing and family violence programs. The ministry welcomes national leadership in this area to complement our efforts.

Although not specifically included in your report, important groups requiring specific consideration are the homeless and the under-housed population who have mental health and addiction issues. Ontario has 6,750 supportive housing units for people with mental illness or addictions, but the Provincial Forum of Mental Health Implementation Task Forces called for 10,000 more across the province, so continued federal support for affordable and supportive housing is welcomed.

In the area of concurrent disorders, a number of initiatives across the province are involved in providing seamless services to those who require both addiction and mental health services. The early childhood development project for pregnant women with addictions has been implemented in 18 sites across the province and aims to improve services for pregnant women, and to improve health outcomes for mothers and their children.

Il existe aussi une table ronde, Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, qui mène des recherches sur les répercussions des troubles de santé mentale sur le rendement au travail et cherche à sensibiliser le monde des affaires quant à leurs répercussions sur la productivité.

En ce qui concerne les groupes de population spécifiques, le rapport provisoire du Comité met en relief les défis spécifiques de la prestation des services au moment de répondre aux besoins des enfants et des adolescents, des Autochtones, des personnes âgées et des personnes qui présentent des besoins complexes, par exemple celles qui souffrent à la fois de maladie mentale et de toxicomanie ou de troubles concomitants.

En Ontario, plusieurs programmes cherchent à répondre aux besoins de ces groupes. Mentionnons entre autres le financement que nous avons accordé à quelque 50 organismes qui ont mis sur pied des programmes de sensibilisation à la santé mentale gériatrique et des lignes directrices relatives à l'évaluation des patients, à la consultation, au traitement et aux services d'éducation.

En ce qui concerne la toxicomanie, nous avons financé cinq programmes visant spécifiquement les adultes et une série d'organismes qui ont élaboré des services de traitement en toxicomanie spécialisés à l'intention des adultes. Notre programme prévoit aussi le financement des organismes qui fournissent des services à des groupes ethnoculturels particuliers ainsi qu'à la collectivité francophone. Le ministère et les collectivités autochtones possèdent dix années d'expérience dans la mise en œuvre de la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones, une stratégie innovatrice qui propose des programmes de soins primaires, de mieux-être et de lutte contre la violence familiale. Le ministère accueillera avec plaisir un leadership national dans ce domaine qui complètera nos efforts.

Nous n'en avons pas fait état de façon spécifique dans notre rapport, mais des groupes importants exigent un examen spécifique; il s'agit des sans-abri et des mal logés qui présentent un problème de santé mentale ou de toxicomanie. Il existe en Ontario 6 750 unités de logement avec soutien destinées aux personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie; toutefois, le Forum provincial des groupes de travail chargés d'étudier la mise en œuvre de la réforme des services de santé mentale a demandé qu'il y en ait 10 000 de plus à l'échelle de la province. Le soutien continu offert par le gouvernement fédéral pour les logements supervisés et à prix abordable est donc bienvenu.

En ce qui concerne les troubles concomitants, on compte dans la province plusieurs projets qui visent à fournir des services continus aux personnes qui ont besoin d'aide dans le domaine de la toxicomanie ou de la santé mentale. On a aussi mis sur pied, à 18 endroits de la province, un projet de développement du jeune enfant qui vise les toxicomanes enceintes; ce projet permet d'offrir des services aux femmes enceintes et d'améliorer les issues en ce qui concerne les mères et leur enfant.

We also fund 40 programs that provide addiction treatment services to youth between the ages of 12 and 24. These programs are often based on outreach models and provide services in locations accessible to youth.

With respect to human resources, the committee's report included a discussion of the issues facing the mental health and addiction sectors relating to ensuring an adequate and appropriate supply of human resources. The report recognizes the many different kinds of professionals that are involved in providing mental health and addiction services, including social workers, nurses, psychologists, case managers and many others. Ontario's investment of \$120 million: we have determined approximately 1,200 additional workers will be required in this sector.

Ontario has recognized that a framework is needed to address current problems of recruiting and retaining mental health workers and to implement new investments in community mental health services. The mental health human resources framework will be aligned with the broader ministry framework for health human resources that is aimed at ensuring Ontario has the right number and mix of providers that are educated, trained and supported to meet the health needs of the province.

In terms of primary care and mental health and addiction, emphasis is given in the Senate report on the need to reform the primary health care sector to ensure that people with mental health problems can access services in primary health care settings. In Ontario, \$213 million for primary health care projects has been received through the federal government's Primary Health Care Transition Fund. In that, there were nine mental health demonstration programs that have been funded at \$3.6 million. It is expected that these projects will provide valuable information about the integration of mental health and primary health care.

An advisory committee in Ontario has examined the factors that need to be considered if family health teams are to address adequately the needs of people with mental illness. For over ten years, the ministry has supported innovative mental health programs in primary care settings, such as the award-winning Hamilton-Wentworth shared-care program, which aims to increase the skills and comfort of primary care physicians in identifying and managing mental health problems.

In the workplace, the report identifies an important role for employers to support employees with mental health and addiction issues in terms of disability management, accommodation policy, and return-to-work programs. As I mentioned, the ministry has established a policy framework, "*Making It Work*," for

Nous finançons aussi 40 programmes qui fournissent des services de traitement de la toxicomanie à des jeunes de 12 à 24 ans. Ces programmes s'inspirent des modèles de sensibilisation et fournissent leurs services dans des endroits accessibles aux jeunes.

En ce qui concerne les ressources humaines, le Comité a intégré à son rapport une analyse des enjeux relatifs à la disponibilité de ressources humaines adéquates et appropriées pour les secteurs de la santé mentale et de la toxicomanie. Dans le rapport, on reconnaît que les services de santé mentale et de toxicomanie s'appuient sur de nombreuses professions, notamment le travail social, les sciences infirmières, la psychologie, la prise en charge de cas, et j'en passe. L'Ontario investit 120 millions de dollars. Nous avons établi que le secteur a besoin d'environ 1 200 travailleurs supplémentaires.

L'Ontario a reconnu qu'il faudrait un cadre pour résoudre les problèmes actuels relatifs au recrutement et au maintien en effectif des travailleurs en santé mentale et pour utiliser les nouveaux investissements qui visent les services communautaires en santé mentale. Le cadre de ressources humaines en santé mentale reflétera le cadre ministériel général relatif aux ressources humaines en santé qui vise à garantir que l'Ontario se dote d'une main-d'œuvre suffisante dont la composition sera adéquate, et que ces travailleurs soient éduqués et formés et puissent utiliser les appuis nécessaires pour répondre aux besoins en santé de la province.

En ce qui concerne les soins primaires relatifs à la santé mentale et à la toxicomanie, le rapport du Sénat met l'accent sur la nécessité de renouveler le secteur des soins de santé primaires de façon à garantir que les personnes qui présentent des troubles mentaux puissent accéder à des services dans des établissements de soins primaires. L'Ontario a reçu 213 millions de dollars pour les projets en soins de santé primaires, grâce au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires du gouvernement fédéral. Sur cette somme, 3,6 millions de dollars ont été consacrés à neuf projets pilotes en santé mentale. On s'attend à ce que ces projets permettent de recueillir des informations précieuses sur l'intégration des soins en santé mentale et des soins primaires.

Un comité consultatif de l'Ontario a examiné les facteurs dont il faudra tenir compte au moment de mettre sur pied des équipes de santé familiale qui auront pour objectif de répondre adéquatement aux besoins des personnes souffrant d'un trouble mental. Depuis plus de dix ans, le Ministère soutient des programmes innovateurs en santé mentale, exécutés dans des établissements de soins primaires. Mentionnons entre autres le programme de partage des soins de Hamilton-Wentworth, un programme primé, qui vise à donner aux médecins en soins primaires plus de compétences et d'assurance en ce qui concerne le dépistage et la prise en charge des problèmes de santé mentale.

En ce qui concerne les milieux de travail, le rapport indique que les employeurs ont un rôle important à jouer pour soutenir les employés qui souffrent d'un problème de santé mentale ou de toxicomanie; ce rôle vise la prise en charge de l'incapacité, les politiques sur les installations et les programmes de retour au

employment supports for people with serious mental illness. The framework recognizes the important role that employers play in facilitating employment opportunities for people with mental illness, and education of employers about mental illness is an important aspect of the framework. Again, the ministry welcomes leadership at the national level in this area.

With respect to national information databases, research and technology, we are using videoconferencing for clinical, educational and administrative purposes to eliminate or reduce geographic barriers to providing mental health care. The establishment of family health teams provides us with a unique opportunity to ensure that mental health and primary care are closely linked across the province through the increased use of Telemental Health, especially in rural and remote areas. As well, the ministry also supports over 100 Telemedicine sites which provide a variety of services including Telepsychiatry.

With respect to privacy, the ministry supports the committee's emphasis on protecting people's health information. In November 2004, Ontario's Personal Health Information Protection Act was proclaimed and it addresses issues of health information privacy across Ontario.

With respect to fostering performance and accountability, the Senate report identified concerns that mental health and addiction systems currently lack accountability mechanisms, clear delineation of roles and responsibilities, and a performance evaluation system to monitor service quality and effectiveness. The Ontario government has developed an accountability framework for the mental health system to address such concerns, and has developed standards for case management, assertive community treatment teams, and crisis response programs consistent with that framework. As well, the Hospital Report Card on Mental Health Services, analyzing the performance of hospitals that provide mental health care, will be released in the spring of 2005.

In the addiction system, we have implemented the Drug and Alcohol Treatment Information System, DATIS, which provides a fully integrated and comprehensive client-level information system for all agencies funded to provide substance abuse and problem gambling treatment services. The aggregate data collected is used for planning, monitoring, and assessing system use, health outcomes and cost analysis and to support agencies in developing their own annual operating plans.

travail. Comme je l'ai déjà dit, le ministère a élaboré un cadre stratégique, « *Franchir les étapes*, » qui propose des mesures de soutien à l'emploi pour les personnes qui souffrent de trouble mental grave. Ce cadre souligne l'importance du rôle que les employeurs peuvent jouer pour ouvrir les portes du marché du travail aux personnes qui souffrent d'un trouble mental; la sensibilisation des employeurs à la maladie mentale est un aspect important de ce cadre. Encore une fois, le ministère considère que le leadership national dans ce domaine est le bienvenu.

En ce qui concerne les bases de données nationales, la recherche et la technologie, nous utilisons les vidéoconférences à des fins cliniques, éducatives et administratives dans le but d'éliminer ou de réduire les obstacles géographiques qui nuisent à la prestation des soins en santé mentale. La mise sur pied d'équipes de santé familiale est pour nous une occasion unique de garantir que les soins primaires et les soins en santé mentale sont étroitement liés, à l'échelle de la province, grâce à l'utilisation de plus en plus courante de la télésanté mentale, en particulier dans les régions rurales et éloignées. De plus, le ministère soutient plus de 100 sites de télémédecine qui offrent tous une gamme de services, y compris en télépsychiatrie.

En ce qui concerne la protection des renseignements personnels, le ministère est d'accord avec le Comité pour dire qu'il est important de protéger les renseignements qui concernent la santé d'une personne. La Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé de l'Ontario a été promulguée en novembre 2004; elle vise les enjeux relatifs à la protection des renseignements personnels sur la santé pour tout l'Ontario.

En ce qui concerne les moyens d'augmenter le rendement et la responsabilisation, le rapport du Sénat fait état de certaines préoccupations relatives au fait que les systèmes de santé mentale et de traitement de la toxicomanie manquent habituellement de mécanismes de responsabilisation, d'une définition claire des rôles et des responsabilités et d'un système d'évaluation du rendement qui permettrait de contrôler la qualité et l'efficacité des services. Le gouvernement ontarien a élaboré un cadre de responsabilisation pour le système de santé mentale dans le but de répondre à ses préoccupations; il a aussi élaboré, conformément à ce cadre, des normes relatives à la prise en charge des cas, aux équipes de traitement communautaire dynamiques et aux programmes d'intervention en cas de crise. En outre, on publiera au printemps 2005 le bulletin sur les services de santé mentale des hôpitaux, lequel analyse le rendement des hôpitaux qui fournissent des soins de santé mentale.

En ce qui concerne le système de traitement de la toxicomanie, nous avons mis en place un système de données, le Drug and Alcohol Treatment Information System, DATIS, qui constitue un système complet et entièrement intégré d'information sur la clientèle destiné à tous les organismes qui reçoivent du financement pour fournir des services de traitement des problèmes de toxicomanie ou de jeu pathologiques. Les données recueillies permettent de planifier, de contrôler et d'évaluer l'utilisation du système, les issues de la santé et les analyses de coût tout en aidant les organismes à élaborer leurs propres plans d'activités annuels.

For example, through this system, we learned that in 2003-2004, the substance abuse treatment programs provided services to more than 125,000 people. Through DATIS, the ministry knows that utilization of substance abuse treatment has increased over 60 per cent since 1998. We are currently working with Nova Scotia to share this program and would be interested in partnerships with other provinces and territories.

We also have the Drug and Alcohol Registry of Treatment, DART. It operates as an information and referral service for health providers and the general public. DART, along with the Ontario Problem Gambling Helpline and the new mental health registry that will be established in September 2005, are designed to provide information about treatment agencies, services, locations, treatment availability and demand for services. These services enable the ministry to monitor wait times for substance abuse and problem gambling treatment, as well as the service mix availability in the regions across the province. In 2003-2004, DART received almost 27,000 phone calls from people looking for substance abuse treatment, and since 1993, over 189,000 calls have been forwarded to this line.

Finally, Ontario, is currently encouraging all of our community mental health agencies to implement the Common Data Set information system that enables agencies and the ministry to determine client characteristics and utilization of the system.

In conclusion, we appreciate the opportunity to highlight work that we have undertaken in the mental health and addiction sectors where it is pertinent to the work of the Senate committee. We welcome future discussions about development of a national action plan on mental health, mental illness and addiction. Key areas for federal, provincial and territorial discussions from our perspective include health services research, initiatives related to income support, housing, employment, and the promotion of consumer self-help and family initiatives, as well as data standards for reporting, policy frameworks and funding.

We will develop a more detailed submission in response to the questions and options raised in your report and we will develop this in consultation with all of the relevant program areas of the ministry.

Thank you for your invitation to speak today and we wish you well as you continue your cross-country tour on these important issues.

The Chairman: Thank you, Ms. Hayward. Before turning to Senator Keon, can I try to get a couple of facts straight, and by the way, we are not here to be critical. We are here to get facts at this stage of the game.

Par exemple, grâce à ce système nous avons appris qu'en 2003-2004 les programmes de traitement de la toxicomanie ont fourni des services à plus de 125 000 personnes. Grâce au DATIS, le ministère sait que l'utilisation des programmes de traitement de la toxicomanie a augmenté de 60 p. 100 depuis 1998. Nous collaborons actuellement avec la Nouvelle-Écosse afin d'y mettre en place le programme, et nous aimerions aussi établir des partenariats avec d'autres provinces ou territoires.

Nous pouvons aussi compter sur le DART, Drogues et alcool — Répertoire des traitements. Il s'agit d'un système d'information et d'aiguillage pour les fournisseurs de services de santé et pour le grand public. Le DART, la Ligne ontarienne d'aide sur le jeu problématique et le nouveau répertoire des services en santé mentale, qui sera mis sur pied en septembre 2005, ont pour but de fournir des informations sur les organismes de traitement, les services, les établissements, l'accès au traitement et la demande de services. Tous ces programmes permettent au ministère de contrôler les délais d'attente pour un traitement dans le domaine de la toxicomanie ou du jeu compulsif de même que la composition des services offerts dans les diverses régions de la province. En 2003-2004, le DART a reçu près de 27 000 appels de personnes qui cherchent un traitement en toxicomanie, et, depuis 1993, plus de 189 000 appels ont été transférés vers ce service.

Enfin, l'Ontario essaie actuellement d'amener tous nos organismes communautaires du domaine de la santé mentale à utiliser des ensembles de données communs de façon que les organismes et le ministère puissent déterminer les caractéristiques des clients et se renseigner sur l'utilisation du système.

Pour conclure, nous apprécions l'occasion qui nous a été donnée de faire connaître le travail que nous avons entrepris dans les secteurs de la santé mentale et de la toxicomanie, lorsqu'il est pertinent pour les travaux du Comité sénatorial. Nous serons toujours heureux de discuter encore de l'élaboration d'un plan d'action national sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie. À notre avis, les discussions à l'échelle fédérale, provinciale ou territoriale devraient se concentrer sur les recherches liées aux services de santé, les projets visant le soutien au revenu, au logement et à l'emploi, la promotion des projets visant les familles ou l'autonomie des consommateurs et sur la normalisation des données pour faciliter l'établissement des rapports, l'élaboration des cadres stratégiques et le financement.

Nous allons préparer un mémoire plus détaillé, en guise de réponse aux questions et aux options qui figurent dans votre rapport, et nous allons pour cela consulter tous les secteurs de programme pertinents du ministère.

Merci de nous avoir invités à prendre la parole aujourd'hui devant vous sur ces importantes questions, et nous vous souhaitons que votre voyage au Canada se poursuive agréablement.

Le président : Je vous remercie, madame Hayward. Avant de donner la parole au sénateur Keon, j'aimerais éclaircir quelques faits; j'aimerais ajouter en passant que nous ne sommes pas ici pour critiquer. À cette étape-ci, nous voulons réunir des faits.

You said that roughly \$3 billion on a \$90 billion budget is the amount — I am just doing the math — devoted to mental health?

Ms. Hayward: That is correct.

The Chairman: So a little over 3 per cent, okay, and —

Ms. Hayward: Ten per cent.

The Chairman: — roughly \$600 million of that \$3 billion are roughly, which is roughly 20 per cent, is devoted to community mental health?

Ms. Hayward: That is correct.

The Chairman: Does that mean that the other 80 per cent goes into what I would call classic psychiatric hospital institutional care?

Ms. Hayward: The \$3 billion is a combination of the community mental health, which will be \$570 million.

The Chairman: Almost \$600 million.

Ms. Hayward: Almost \$600 million by 2007-2008.

The Chairman: Yes.

Ms. Hayward: There is over another \$600 million devoted to psychiatric hospitals and general hospitals, but the balance, a significant portion, for example, to drug benefits. People with mental illness also have access to the Ontario Drug Benefit Program if they are recipients of social assistance or on the Ontario Disability Support Program, so their drug costs are in another part of the ministry under the drug program.

The Chairman: But they are included in your \$3 billion.

Ms. Hayward: They are included.

The Chairman: I did not realize that you actually break down the data on the recipients of the drug benefit plan on the basis of what they are ill with.

Ms. Hayward: No, they are broken down on the basis of people who are on the Ontario Disability Support Program, so someone with a physical disability who is unable to work and who does not have a mental illness, would also have access to that program.

We are able to identify why the person is in the Ontario Disability Program, and from that, can capture what the percentage of drug program spending is.

Vous dites que sur un budget de 90 milliards de dollars, une somme d'environ 3 milliards de dollars — j'essaie de calculer — est affectée à la santé mentale?

Mme Hayward : C'est bien cela.

Le président : C'est donc un peu plus de 3 p. 100, n'est-ce pas, et...

Mme Hayward : Dix pour cent.

Le président : ...et environ 600 millions de dollars, sur cette somme de 3 milliards de dollars environ, soit environ 20 p. 100, sont affectés aux services communautaires de santé mentale?

Mme Hayward : C'est cela.

Le président : Est-ce que cela veut dire que l'autre part de 80 p. 100 est consacrée à ce que j'appellerais les soins classiques en établissement psychiatrique?

Mme Hayward : Les trois milliards de dollars visent toutes sortes de services de santé mentale dans la collectivité. Il s'agit de 570 millions de dollars.

Le président : Presque 600 millions de dollars.

Mme Hayward : Environ 600 millions de dollars d'ici 2007-2008.

Le président : D'accord.

Mme Hayward : Il y a aussi une somme de 600 millions de dollars réservée aux hôpitaux psychiatriques et aux hôpitaux généraux, mais le reste de la somme, un montant important, est destiné par exemple à l'assurance-médicaments. Les personnes qui souffrent d'un trouble mental peuvent aussi utiliser le Programme de médicaments de l'Ontario, si elles sont bénéficiaires de l'aide sociale, ou le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées; en conséquence, les coûts de leurs médicaments sont assumés par un autre secteur du ministère, en vertu du programme de médicaments.

Le président : Mais ils sont inclus dans votre budget de 3 milliards de dollars.

Mme Hayward : Ils sont inclus.

Le président : Je ne savais pas que vous teniez compte du problème de santé des bénéficiaires du programme d'assurance-médicaments lorsque vous faites la ventilation des données.

Mme Hayward : Non, ce n'est pas cela. On tient compte des bénéficiaires du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, puisque les personnes qui ont un handicap physique et sont incapables de travailler, mais ne souffrent d'aucune maladie mentale y ont aussi accès.

Nous sommes capables de savoir quelles personnes participent au Programme de soutien aux personnes handicapées et, à partir de ces données, d'établir le pourcentage des dépenses qui concerne le programme de médicaments.

The Chairman: Okay. In another area, a number of provinces — we had an example this morning from B.C., but B.C. is not alone — claw back federal assistance in various areas.

For example, if an individual gets the CPP disability benefit, part of that benefit gets clawed back in the sense of if a province is also providing a disability benefit, the recipient in the end does not get the complete sum of the two. The recipient gets less than the sum of the two.

Ms. Hayward: That is correct.

The Chairman: Sometimes one is clawed back 100 per cent, and sometimes it is not. What happens in Ontario on that, do you know?

Ms. Hayward: I believe, and I can check with my backup here, it is the same process, so we have people with mental illness who may be only on CPP. Then there are quite a number that do not meet CPP requirements because they may not, in fact, have had the contributions to support an income.

The Chairman: If they get the CPP benefit, does that automatically mean they do not get the Ontario benefit or they get —

Ms. Hayward: A combination.

The Chairman: — a smaller amount of the Ontario benefit? Anybody back there?

Ms. Hayward: Mr. Dixon, do you know?

The Chairman: I am looking at the backups.

Mr. Doug Dixon, Senior Program Analyst, Mental Health and Addictions Branch, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care: It is really a question for —

The Chairman: Do you want to come up because, unfortunately, Hansard will not be able to pick you up. Just want to identify yourself and then —

Mr. Dixon: I am senior analyst with Ms. Hayward. I hate to pass the buck, but it is really a question for the Ministry of Community and Social Services, MCSS, and its Ontario Disability Support Program, ODSP, social assistance for people with disabilities. From what I understand, it would be broken up between the two. If you were eligible for CPP, you could be eligible for some ODSP.

The Chairman: Somebody does not get the sum of the two? They get less than the sum of the two?

Mr. Dixon: Well, I am not too sure. It is a really complex system, so it would depend on their eligibility for the Ontario Disability Support Program, and how much they were getting

Le président : D'accord. Changeons de sujet. Un certain nombre de provinces — nous avons entendu la Colombie-Britannique, par exemple, ce matin, mais ce n'est pas la seule province — essaient de récupérer l'aide fédérale dans plusieurs domaines.

Par exemple, si une personne reçoit des prestations d'incapacité du RPC, une partie de ses prestations seront retenues, c'est-à-dire que si la province verse aussi des prestations d'invalidité, le prestataire ne pourra pas, au bout du compte, recevoir le montant complet de ces deux prestations. Il recevra moins que la somme de ces deux montants.

Mme Hayward : C'est exact.

Le président : Il arrive que la totalité de la somme soit recouvrée, mais pas toujours. Qu'en est-il en Ontario, le savez-vous?

Mme Hayward : Je crois qu'il se passe la même chose, je peux vérifier avec mes aides, ici, et il est possible que certains de nos citoyens qui ont un trouble de santé mentale ne reçoivent que des prestations du RPC. Mais un grand nombre d'autres personnes ne répondent pas aux exigences du RPC, parce qu'elles n'ont pas cotisé suffisamment pour en tirer un revenu.

Le président : Et si elles reçoivent des prestations du RPC, est-ce que cela les empêche automatiquement de recevoir les prestations de l'Ontario où est-ce qu'elles reçoivent...

Mme Hayward : Une combinaison.

Le président : ...des prestations réduites de l'Ontario? Quelqu'un, là-bas?

Mme Hayward : Monsieur Dixon, connaissez-vous la réponse?

Le président : J'aimerais avoir votre aide.

M. Doug Dixon, conseiller principal de programme, Direction de la santé mentale et des dépendances, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario : En fait, cette question concerne...

Le président : Pourriez-vous vous avancer, sinon, malheureusement, le harsard ne vous entendra pas. Veuillez décliner votre identité, et ensuite...

M. Dixon : Je travaille comme analyste principal auprès de Mme Hayward. Je dois malheureusement renvoyer la balle à quelqu'un d'autre, même si je n'aime pas cela. En réalité, cette question concerne le ministère des Services sociaux et communautaires, le MSSC et son Programme de soutien aux personnes handicapées, le POSPH. Si j'ai bien compris, ce serait partagé entre les deux. Si vous êtes admissible aux prestations du RPC, vous pouvez être admissible à certaines prestations du POSPH.

Le président : Il est possible qu'une personne n'obtienne pas la somme des deux prestations? Elle obtient moins que la somme des deux prestations?

M. Dixon : Eh bien, je n'en suis pas sûr. C'est un système réellement complexe, et ça dépend de son admissibilité au Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, et il

from CPP would be a factor. The income from CPP would be a determinant as to how much they would receive from the social assistance. Sorry, but it is complex.

The Chairman: No, I believe you are describing the case that actually exists, so I am not —

Mr. Dixon: It is a — yes.

The Chairman: I actually made the huge mistake once of trying to understand it all. I finally concluded nobody really did, but okay, there is a potential element for a clawback there.

Mr. Dixon: Yes, there is.

The Chairman: Ms. Hayward, let me ask you one last question before we go to Senator Keon.

By the way, we thank you for the fact that your department is going to give us more detailed response to that. It is really useful, and the fact that the Ministry of Children and Youth Services is going to do that also. I know Minister Bountrogianni fairly well and I know she is quite interested in what we are doing vis-à-vis children.

What is puzzling in your summary and, having been in positions as public servants as you are, I understand why the statement was the way the statement was, but there is almost a disconnect between your description of all the good things that you are doing, and I am not disputing any of that, and the description that we get from any group that we talk to on the ground. The same thing has happened in the federal program so, again, this is not unique. One almost senses that there is a province-wide policy that touches on a whole bunch of good things that need to be done, and yet when you get out on the ground where services are actually delivered to real people, you find that the picture is not nearly as rosy.

If I can tell you a personal anecdote, it reminds me of the time in the early 1970s when I was chief of staff to the premier of Nova Scotia and I went into his office one day and said, "I have discovered two very important things." And he said, "What's that?" I said, "The first thing is that in this office you really do have your hands on the levers of power, but the second is that the levers are not connected to anything." He agreed with me. That was interesting but that is our dilemma.

Our dilemma is that policies, not just yours, generally look really good in this area, and yet you talk to real people on the ground and it is awful. Can you help us understand why that is the case?

Ms. Hayward: I will venture a couple of thoughts. As I mentioned, there has been a series of reports on reform over a period of 20 years now. The most significant was in 1999, which gave the ministry a very specific approach to how it should organize services for people that now guides all the investments we make.

faut aussi tenir compte du montant des prestations qu'une personne reçoit du RPC. Et le montant des prestations détermine en outre le montant de l'aide sociale qu'on lui verse. Je suis désolé, mais tout cela est complexe.

Le président : Non, je crois que vous décrivez des cas réels, et je ne suis pas...

M. Dixon : C'est — oui.

Le président : Je dois avouer que j'ai essayé, une fois, de le comprendre, et que c'était une grosse erreur. J'ai fini par conclure que personne ne le comprenait vraiment, mais que, eh bien, c'est possible qu'on en profite pour récupérer quelque chose.

M. Dixon : Oui, c'est possible.

Le président : Madame Hayward, je vais vous poser une dernière question avant de passer au sénateur Keon.

En passant, j'aimerais vous remercier parce que votre ministère a accepté de nous donner une réponse plus détaillée. Ce sera vraiment utile, et d'ailleurs, le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse fera la même chose. Je connais assez bien la ministre Bountrogianni et je sais qu'elle s'intéresse de très près à ce que nous faisons, quand il est question des enfants.

Mais quelque chose me trouble dans votre exposé. Je sais que vous avez occupé plusieurs postes dans la fonction publique, et c'est pourquoi je comprends que votre mémoire soit comme il est. Pourtant, il y a presque une contradiction entre la façon dont vous décrivez toutes les bonnes choses que vous faites, ce que je ne remets pas en cause, et la description que nous en font tous les groupes avec qui nous en avons parlé sur le terrain. Ça s'est passé de la même manière pour le programme fédéral, et je le répète, ce n'est pas un cas unique. On a presque l'impression qu'il existe une politique provinciale, qui concerne une série de choses louables à faire, et pourtant, quand on arrive sur le terrain, là où les services sont offerts à des vraies personnes, on constate que les choses sont loin d'être aussi belles.

Permettez-moi de vous raconter une anecdote personnelle. Quand j'étais chef du cabinet du premier ministre de la Nouvelle-Écosse, au début des années 70, je suis entré dans son bureau, un jour, et j'ai dit : « j'ai découvert deux choses très importantes ». Il a répondu « quoi donc? » J'ai répondu : « La première, c'est que dans ce bureau-ci, on a vraiment en main toutes les manettes du pouvoir. La seconde, c'est que ces manettes ne sont reliées à rien ». Il était d'accord avec moi. C'était intéressant, mais c'était notre dilemme.

Notre dilemme, c'est que les politiques, pas seulement les vôtres, ont généralement bonne apparence dans ce domaine. Pourtant, quand vous parlez à de vraies personnes sur le terrain, elles ont très mauvaise mine. Pourriez-vous nous aider à comprendre pourquoi il en est ainsi?

Mme Hayward : J'avancerai quelques hypothèses. Comme je l'ai déjà dit, on a produit plusieurs rapports sur la réforme depuis 20 ans. La plus importante est arrivée en 1999; elle a donné au ministère une approche très précise de la façon dont il devait organiser les services aux personnes. Cette réforme oriente désormais tous nos investissements.

In fact, originally the expenditures in mental health, in particular, were about 80 per cent institutional and 20 per cent in the community, and we know over time that it is far more effective and cost-effective to treat people in the community. We are now at about 55 per cent hospital and 45 per cent community so, in fact, over time those changes have been occurring.

The Chairman: The community, as I understand it, wants you to go to 60 community, 40 hospital, right?

Ms. Hayward: That is the intent over the term.

The Chairman: That is true. That seems to be the number most people are using.

Ms. Hayward: That is correct. We also have a situation that since 1991, as I mentioned, many community agencies did not receive any base increases. There were no new resources going into the system in any large infusions. There were some specific initiatives along the way.

For example, Ontario had a homelessness initiative that brought into place 3,600 units of supportive housing for people who had been previously homeless or in shelters or under-housed, but that was one initiative in the last 13 or 14 years.

As you are saying, for some of these issues at the local level they do not have all the resources all at the right time to make significant change, so change occurs over a spectrum.

Perhaps if you can ask people with the services in 1991, are there more services available and are they getting better, they would say they are getting better and we have a long way to go. It is one of the reasons in Ontario the focus on Local Health Integration Networks is really to try to stop in some ways this trying to master-plan the system from the provincial level. The focus is to actually allow planning, coordination and service arrangements to happen more locally with that emphasis on a continuum of care, integrating people better with primary care services, and better continuity of care between the hospital and the community services.

I think the system is evolving and, yes, it still has a way to go and we know there are some specific areas where investments need to be made. It is those reports over the past years, as well as the mental health task forces that involved massive consultation, which have guided us in terms of those very specific resources that we are going to add to the system over the next four years.

Unless you are one of those four services that I mentioned: Crisis response, case management, early intervention and psychosis, or an ACT team, there are no new resources for you to expand your programming. We are making very targeted investments but that doesn't mean there are no areas of the system that still need attention.

En fait, les dépenses en santé mentale, en particulier, visaient environ 80 p. 100 des établissements et 20 p. 100 de la collectivité. Nous avons fini par comprendre qu'il est beaucoup plus efficace et efficient de traiter les gens dans la collectivité. Le ratio s'établit maintenant à 55 p. 100 pour les établissements et 45 p. 100 pour les collectivités. Il y a donc eu des changements au fil du temps.

Le président : La collectivité, si j'ai bien compris, aimerait que vous accordiez 60 p. 100 du financement aux collectivités et 40 p. 100 aux hôpitaux, c'est cela?

Mme Hayward : C'est notre objectif final.

Le président : C'est bien vrai. C'est le chiffre que l'on entend citer le plus souvent.

Mme Hayward : C'est vrai. Il y a aussi le fait que, depuis 1991, comme je l'ai déjà dit, de nombreux organismes communautaires n'ont reçu aucune augmentation de base. Il n'y a pas eu de grosses injections d'argent frais dans le système. Il y a eu quelques projets spécifiques au fil du temps.

Par exemple, l'Ontario a mis sur pied un projet pour les sans-abri grâce auquel on a pu offrir 3 600 unités de logement avec service de soutien à des personnes qui étaient auparavant sans abri, à des personnes mal logées ou à d'autres qui vivaient dans des refuges. Mais il ne s'agit que d'un projet sur les 13 ou 14 dernières années.

Comme vous l'expliquez, on essaie de régler certains problèmes à l'échelle locale, mais on n'a pas toutes les ressources en main en même temps pour apporter des changements importants. Les changements surviennent peu à peu.

Vous pourriez peut-être demander aux personnes ce qu'elles pensent des services fournis en 1991. Y a-t-il plus de services? Sont-ils de meilleure qualité? Elles répondraient que ça va mieux, mais qu'il y a encore fort à faire. C'est l'une des raisons pour lesquelles l'objectif des Réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario consiste en réalité à empêcher, d'une certaine manière, que l'on ne dresse des plans-cadres pour le système, à l'échelle provinciale. L'objectif, en réalité, consiste à permettre que la planification, la coordination et les arrangements en matière de service se fassent plus souvent à l'échelle locale et mettent l'accent sur un continuum de soins, une meilleure intégration des personnes dans les services de soins primaires et une plus grande continuité des soins entre les services hospitaliers et les services communautaires.

Je crois que le système évolue et que, oui, il y a encore du chemin à parcourir. Nous savons aussi qu'il faut investir dans certains secteurs particuliers. Les rapports produits ces dernières années et les groupes de travail sur la santé mentale, qui ont organisé d'immenses consultations, nous ont renseignés quant aux ressources très spécifiques que nous allons injecter dans le système d'ici les quatre prochaines années.

Si vous ne faites pas partie des quatre services dont j'ai parlé — intervention en cas de crise, prise en charge des cas, intervention précoce dans les cas de psychose, équipe de TCD —, vous n'aurez droit à aucune nouvelle ressource pour étendre vos programmes. Nous faisons des investissements très ciblés, mais ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas s'occuper d'autres secteurs du système.

The Chairman: Last question, two parts: Do you track by some means actual performance on the ground? If this was a consumer business you would say, do you have a customer satisfaction index of some kind within Ontario? That is the first question.

Secondly, do the provinces, because the feds are not in this business at all, have a common measure so they can say, things are better in Calgary than they are in Toronto, or things are better in Ottawa than they are in St. John's, Newfoundland or whatever?

Ms. Hayward: As you pointed out in the report, it is an area I think that the sector is grappling with. In terms of a common measure across the country, I think there might be one in the health system performance report cards that began in 2002. That does not tell you very much about the system.

The Chairman: Very macro.

Ms. Hayward: It is very macro. In the addiction sector, we actually have a number: as I mentioned, the drug and alcohol treatment information system tells us about client population, utilization, wait times, and combinations of disorders.

On the mental health side, it is more complex. We are in the process of implementing the common data set as well as a management information system, and through those agencies to get more information exactly about the kind of functions the agencies provide, the number of clients they have, and the particular disorders the clients may have.

Last week, I saw a presentation on the pilot study of this project. This data is not yet fully developed, but you can look at the data related to the supportive housing and see that most of the clients in supportive housing either have schizophrenia, a bipolar disorder or severe mental illness. When you look at the data that system collects about their previous housing arrangements, you can see that many people were in shelters, homeless, or living with multiple people, so I think we are getting there. Many agencies as well do their own individual consumer surveys about satisfaction.

Probably our most well-developed system with some amazing data is the system that has been put in place for the ACT teams. They can track people's hospitalization records, new housing arrangements, whether vocational supports are changing, and use of time. The system we developed around the ACT teams has become the model for how we are looking to collect data on other community mental health agencies that we know will help us tell

Le président : J'ai une dernière en question en deux parties à vous poser. Disposez-vous d'un certain système de suivi du rendement sur le terrain? S'il s'agissait d'une entreprise de consommation, par exemple, auriez-vous établi un indice de satisfaction du consommateur pour l'Ontario? C'était la première question.

Deuxième partie de la question : puisque que le gouvernement fédéral n'intervient pas dans ce secteur, est-ce que les provinces ont adopté un système de mesures communes de façon à pouvoir dire que les choses vont mieux à Calgary qu'à Toronto, ou à Ottawa qu'à St. John's, Terre-Neuve, par exemple?

Mme Hayward : Comme vous l'indiquez dans le rapport, c'est une question à laquelle le secteur a réfléchi. En ce qui concerne un système de mesures communes à l'échelle du pays, je crois que le système de rapports de rendement en santé, mis sur pied en 2002, pourrait être une solution. Ça ne vous renseigne pas beaucoup sur le système.

Le président : C'est très général.

Mme Hayward : C'est en effet très général. En ce qui concerne le secteur de la toxicomanie, nous pouvons donner des chiffres : j'ai parlé du système d'information sur le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie qui nous renseigne sur la clientèle, l'utilisation des services, les délais d'attente et les différents troubles.

En ce qui concerne la santé mentale, la situation est plus complexe. Nous sommes en train de mettre sur pied un ensemble de données communes et un système d'information de gestion, et nous devons collaborer avec ces organismes pour obtenir plus d'information exacte sur les fonctions qu'ils assurent, le nombre de leurs clients et les troubles particuliers dont souffrent leurs clients.

La semaine dernière, j'ai entendu un exposé sur le projet pilote de cette entreprise. Les données ne sont pas encore tout à fait au point, mais les données sur les logements avec services de soutien montrent que la plupart des clients qui utilisent ces services souffrent soit de schizophrénie, soit d'un trouble bipolaire soit encore d'une maladie mentale grave. Le système recueille aussi des données sur leur logement précédent. On voit qu'un grand nombre de ces personnes vivaient dans des refuges, qu'elles vivaient avec de nombreuses autres personnes ou encore qu'elles n'avaient pas de logement; je crois qu'on y arrive. De plus, de nombreux organismes font eux-mêmes des sondages sur la satisfaction de leur clientèle.

Notre système le plus perfectionné, qui fournit des données assez renversantes, est probablement le système créé pour les équipes de TCD. Ce système permet le suivi des hospitalisations et de l'utilisation du temps et nous permet de savoir si une personne a pris d'autres dispositions en matière de logement et si elle utilise d'autres types d'aide professionnelle. Le système que nous avons créé pour les équipes de TCD est devenu le modèle à partir duquel

whether we are making a difference, and also trying to do this in a way that the community agencies themselves can use this data to better their own services.

The Chairman: Is that public data?

Ms. Hayward: That data is probably not public in the sense you are saying it.

The Chairman: The question I was really asking, even on a confidential basis, is if our staff could have a chance to talk to some of your staff about that and get some sense of the trend lines, it would be helpful to us.

Ms. Hayward: Absolutely. I believe the data on the Assertive Community Treatment teams is public.

The Chairman: That would be very useful.

Ms. Hayward: It is fascinating data and we would love to share it with you.

The Chairman: Thank you. Senator Keon.

Senator Keon: First of all, Ms. Hayward, thank you so much for your thorough presentation of what is in place now.

As you know, we will be going across the country, just as this is beginning, and visiting all the provinces and territories by the end of June. Then we have to do our report for a deadline of September, or whatever the chairman says. In that report, I hope we will define a national mental health strategy and process a structural framework for mental health. I am very pleased to hear that so far, we are pretty much in sync with your thinking.

I appreciate the challenges of primary care, but I want to lead you into the system in Ontario from the community development of primary care and associated with the community services, up into the hospital sector and then finally right up to the top into the forensic psychiatry requirements. It is my perception that you have been actively dumping — dumping is not the appropriate word, you have been actively moving — your services from specialty hospitals into the general hospital system, and you have been actively moving your services from hospitals into community services.

From what I know, it seems to me, though, that there is not a synchronized system there. On the one hand, you are planning the LHINs; on the other hand, you are talking about nine mental health programs or at least planning programs, and those numbers I do not think are going to correspond. Maybe I am wrong.

How are you going to retrieve mental health from where it once was, make it part of the overall health system and, of course, couple it with the social services systems at the community level? That is not a very tough question, is it? It would be very helpful to

nous allons concevoir nos autres systèmes de collecte de données sur les autres organismes qui s'occupent de santé communautaire. Nous savons que ce système nous aidera à savoir si nous avons réussi à faire changer des choses. Nous essayons aussi de faire en sorte que les organismes communautaires puissent eux aussi utiliser ces données pour améliorer leurs services.

Le président : Est-ce que ces données sont publiques?

Mme Hayward : Elles ne sont probablement pas publiques au sens où vous l'entendez.

Le président : Ce que j'aimerais savoir, en réalité, même à titre confidentiel, c'est si l'un de nos employés pouvait, avec un peu de chance, parler à l'un de vos employés à ce sujet pour avoir une idée des tendances; ça nous serait utile.

Mme Hayward : Aucun problème. Je crois que les données qui concernent les équipes de traitement communautaire dynamique sont publiques.

Le président : Ça serait très utile.

Mme Hayward : Ce sont des données fascinantes; nous aimerions beaucoup que vous en preniez connaissance.

Le président : Je vous remercie. Sénateur Keon, à vous la parole.

Le sénateur Keon: Tout d'abord, madame Hayward, j'aimerais vous remercier. Vous avez fait un exposé détaillé de la situation.

Comme vous le savez, nous nous rendrons dans toutes les régions du pays. Nous ne faisons que commencer, et nous aurons fait le tour des provinces et des territoires à la fin de juin. Nous devons ensuite produire notre rapport et le déposer en septembre, ou à la date que le président fixera. J'espère que l'on pourra, dans ce rapport, définir une stratégie nationale en matière de santé mentale et un processus d'élaboration d'un cadre structurel en matière de santé mentale. Je suis très heureux de constater que jusqu'ici, nous avons à peu près les mêmes idées sur le sujet.

Je sais que les soins primaires présentent des défis. J'aimerais pourtant que vous nous parliez du système ontarien en commençant par la mise en place des soins primaires dans la collectivité et des services communautaires, en passant ensuite au secteur hospitalier puis, pour couronner le tout, aux exigences de la psychiatrie dans le contexte judiciaire. J'ai l'impression que vous avez travaillé très fort pour balancer — balancer n'est pas l'expression exacte, vous avez travaillé très fort pour déléguer — vos services des hôpitaux spécialisés aux hôpitaux généraux, et des hôpitaux aux services communautaires.

À ce que je sache, toutefois, je n'ai pas l'impression que le système est synchrone. D'un côté, vous faites des plans pour les Réseaux locaux d'intégration des services de santé, d'un autre côté, vous parlez de neuf programmes de santé mentale ou, du moins, de programmes prévus, et je ne crois pas que ces nombres puissent correspondre. Je me trompe peut-être.

Comment allez-vous vous y prendre pour changer le système de santé mentale de place et l'intégrer au système de santé général, évidemment, en l'associant aux systèmes des services sociaux à l'échelle communautaire? Cette question n'est pas très difficile,

us if you would dare to just walk through it. Nobody is ever going to be right about this but it would be very helpful if you would take a chance — from the community level up through the hospital sector, which I believe is going to be part of the overall hospital sector of Ontario with the exception of maybe the facility in Penetang and perhaps one forensic provincial facility. What is your view of the whole thing?

Ms. Hayward: I will do my best. I think at the community level, quite rightly, people perceive there has been a disconnect between community mental health agencies and physicians practising in solo who do not necessarily have all the resources that they need or the time, especially with their fee for service, to be able to provide the kinds of supports that somebody with mental illness has. That said, I think community agencies have been trying to work with that sector.

As we evolve in the community-health-centre model with a more interdisciplinary approach, I would hazard a guess that people with mental illness have probably fared a little bit better in that system of primary care.

As we move to family health teams as a model in Ontario, we are certainly increasingly focused on an interdisciplinary model of care. We will see there a number of proposals coming in now from communities across the province looking at who is the client population they will serve and how they will serve them. One of the key factors for us is how they are trying to meet clients within their population.

I think one of the key things is that for many GPs, unless they have specialty training in mental illness, it is likely very difficult for them to focus on and to have all the skills they need to meet the needs of that population. Things like depression are perhaps easier to manage. People who have their mental illness very managed may work with GPs more easily but certainly the relationship between GPs and psychiatrists is critical so that people can get to psychiatric services when they need them.

As well, a GP could spend a lot of time to try to find out where the right program is or who provides particular services, which have been fragmented to date. If the GP had a great community network, it worked for them but if they did not, it took a lot of time.

With the new mental health registry in Ontario that I mentioned will be operational in September, a physician who does not know the mental health system very well will be able to pick up the phone and say, what service is available in Campbellford for Mrs. Smith who has a bipolar condition or disorder? That service will be there now to enable physicians to access that.

n'est-ce pas? Ce serait vraiment très utile pour nous si vous osiez formuler une réponse. Personne n'aura jamais raison sur le sujet, mais ce serait très utile pour nous si vous vouliez courir ce risque — du niveau communautaire jusqu'au secteur hospitalier si, comme je le crois, il fera partie du secteur hospitalier ontarien dans son ensemble, à l'exception peut-être de l'établissement de Penetang et peut-être, à un établissement provincial médico-légal. Comment envisagez-vous tout cela?

Mme Hayward : Je vais répondre de mon mieux. Je crois qu'à l'échelle communautaire, vous avez raison, les gens perçoivent un manque de communication entre les organismes communautaires s'occupant de santé mentale et les médecins isolés dans leur pratique qui ne disposent pas toujours des ressources ni du temps nécessaires — compte tenu de la rémunération à l'acte — pour offrir à une personne souffrant de maladie mentale les soutiens dont elle a besoin. Cela dit, je crois que les organismes communautaires font du mieux qu'ils peuvent dans ce secteur.

Si nous passons maintenant au modèle des centres de santé communautaire et à une approche plus multidisciplinaire, j'oserais dire que les personnes souffrant de maladie mentale s'en tirent probablement un peu mieux dans ce système de soins primaires.

Passons maintenant au modèle des équipes de santé familiale de l'Ontario. Ce modèle de soins fait de plus en plus de place à la multidisciplinarité. Nous allons voir que les collectivités de toute la province soumettent plusieurs propositions et cherchent à savoir qui sera leur clientèle et comment elles fourniront leurs services. L'un des facteurs les plus importants, pour nous, c'est la façon dont elles essaient de joindre les clients au sein de leur population.

Je crois qu'un des problèmes centraux, c'est que de nombreux généralistes, s'ils n'ont pas suivi une formation spéciale en santé mentale, trouvent probablement très difficile de cibler les problèmes et de posséder toutes les compétences dont ils auraient besoin pour répondre aux besoins de cette population. Les problèmes comme la dépression sont probablement plus faciles à prendre en charge. Les personnes qui ont pu profiter d'un suivi étroit de leur maladie mentale sont peut-être plus facilement prêtes à collaborer avec des généralistes, mais il est évident que la relation entre les généralistes et les psychiatres est essentielle. Il faut que les personnes puissent accéder à des services psychiatriques lorsqu'elles en ont besoin.

De plus, un généraliste peut passer beaucoup de temps à essayer de trouver à quel endroit on offre un programme particulier ou qui offre des services particuliers; tout cela est pour le moment fragmenté. Si les généralistes peuvent utiliser un réseau communautaire étendu, ils trouveront une réponse. S'ils n'en ont pas, ils perdront beaucoup de temps.

Grâce au nouveau répertoire de la santé mentale de l'Ontario, qui, comme je l'ai dit, fonctionnera dès le mois de septembre, un médecin qui ne connaît pas très bien le système de santé mentale pourra décrocher le téléphone et demander quels services sont offerts à Campbellford pour Mme Smith, qui souffre d'un trouble bipolaire. Désormais, les médecins pourront accéder à ce service.

Ideally, mental health workers and nurses with a psychiatric specialty would be part of family health teams to be able to do more of that care in the community. I think the relationship again between hospitals, between physicians able to refer to hospitals and client care, as well as for the hospitals to be able to refer back to mental health agencies is important.

Last week, your staff member Howard and I were at a Community Mental Health Association office in Scarborough talking. I specifically asked about the relationship between hospital services, community services and the whole approach to discharge planning and supports to ensure that people, particularly from immigrant communities that may have language or other settlement issues, are able to get the support they need.

I think it depends very much right now on the relationships that are formed, and the agreements and protocols that are formed between individual community health agencies and hospitals, whether that system works very well.

The intention with the Local Health Integrated Networks is for regions of Ontario to focus more specifically on those interrelationships and that continuum of care. As I mentioned in *"Making it Happen,"* we go from entry-level services to intensive services to specialized service so that continuum crosses between community and hospital.

As you mentioned, a number of people come into difficulty with the law which brings us into the forensic system, and we have a specific report laying out recommendations for that system. We have bed ratios for the number of beds that should be available per population in different parts of Ontario. We have 10 hospitals that deal specifically with forensic issues. We also have recommendations that say that people at relatively low risk in terms of the forensic issues and mental health issues they have can be treated in a Schedule 1 facility and can be integrated with the general population. However, that is about an assessment of risk and whether or not that person can be cared for in a more normalized environment potentially at a general hospital Schedule 1 facility, as opposed to in a forensic bed.

I think certainly some of the issues we face in Ottawa that you would be familiar with in the system are about how we use the system and some of the demand for the system; how we assess people. How do we even decide part of the service enhancement for keeping people with mental illness out of the criminal justice system, the third element of our strategy, which is a \$27.5 million

Idéalement, les intervenants en santé mentale et les infirmières spécialisées en psychiatrie seraient membres des équipes de santé familiale et pourraient fournir plus de soins de ce type dans la collectivité. Je crois aussi qu'il est important de veiller à la relation entre les hôpitaux, de permettre aux médecins de diriger leurs patients vers des hôpitaux ou des soins particuliers et de permettre aux hôpitaux de diriger leurs clients vers les organismes de santé mentale.

La semaine passée, un de vos collègues, M. Howard, et moi avons eu l'occasion de discuter au bureau de la Community Mental Health Association, à Scarborough. J'ai posé des questions précises sur les liens entre les services fournis dans les hôpitaux, les services communautaires et toute l'approche de la planification des congés et des mesures de soutien qui visent à donner à tout le monde le soutien nécessaire, en particulier dans les collectivités d'immigrants qui ont des problèmes de langue ou d'autres problèmes d'établissement.

Je crois que le bon fonctionnement d'un système dépend beaucoup de la nature des relations qui se forment ainsi que des ententes et des protocoles conclus entre les organismes de santé communautaire et les hôpitaux.

L'objectif des Réseaux locaux d'intégration des services de santé est d'amener les diverses régions de l'Ontario à accorder plus d'attention à ces interrelations et au continuum des soins. Comme je l'ai expliqué dans *« Franchir les étapes, »* nous passons des services de première ligne aux services spécialisés en passant par les services intensifs; il y a donc un continuum entre la collectivité et l'hôpital.

Comme vous l'avez indiqué, un certain nombre de personnes finissent par avoir des démêlés avec la justice, et c'est pourquoi nous devons parler du système médico-légal. Nous avons d'ailleurs un rapport spécifique, qui énonce des recommandations relatives à ce système. Nous avons établi un ratio de places selon le nombre de places total, par population, pour les différentes régions de l'Ontario. Nous avons aussi dix hôpitaux qui s'occupent spécifiquement des questions médico-légales. Il y a aussi des recommandations selon lesquelles les personnes qui présentent un risque relativement faible quant aux problèmes judiciaires ou aux problèmes de santé mentale peuvent être traitées dans un des établissements prévus à l'annexe 1 et intégrées à la population générale. Mais il est question ici d'évaluation du risque et de la question de savoir si, oui ou non, une personne peut recevoir des soins dans un environnement plus normal, dans un hôpital général de l'annexe 1, plutôt que dans un établissement médico-légal.

Je crois que l'un des problèmes que nous vivons, à Ottawa, et vous serez probablement familiarisé avec cette question, dans le système, concerne la façon dont nous utilisons le système et dont nous répondons aux demandes; la façon dont nous évaluons les gens. Comment pouvons-nous même décider comment on améliore le service pour éviter que les personnes souffrant de

component of the \$65 million. Its aim is to have quite a few more mental health court workers in the system, and crisis beds as well.

When a police officer encounters someone on the street who is in difficulty or whose family calls because there is disturbance, that police officer will now have new options. Rather than taking somebody to an ER or bringing them to jail, depending on the nature of the disturbance or issues that the person is having, the police will have new options to deal with that client and to help that client rather than pulling them into the court system where we do not believe that they belong.

The mental health court workers, assuming someone is charged with an offence, again, will work with the court system to look at whether that client potentially can be diverted out of the court system. With the right community supports in place, they may be able to stabilize them, and ensure that they get case management and the other assistance they need. It may be housing which is why 500 units of supportive housing are part of the strategy, because those elements are key.

As I said, the issue is the level of risk that a client may present in the community. Not every person with mental illness that commits an offence is going to be eligible to be supported by that particular program. Our intent is to try to reduce demand on our forensic system, working with the courts, and corrections as well when people come out of jails so that there is not recidivism again. We want to make sure that there is enough support for these clients that they may be able to be stabilized in the community and not return to court.

We also have to look at how we are using the forensic beds in the system because they are a relatively scarce resource.

With all of these pieces, there are continuums and multiple levels in terms of primary care from top-to-bottom community to forensic, which are the most specialized services we have.

Senator Keon: Thank you very much. What about the Penetang operation, the last one you were talking about?

Ms. Hayward: The Penetang mental health facility actually has two components. It has an acute mental health service as well as the Oakridge facility, which is the maximum security forensic facility. There are about 140 patients at the Oakridge facility but the balance of the facility is an acute centre.

maladie mentale n'entrent dans le système de justice pénale? C'est le troisième élément de notre stratégie, un élément assorti d'un financement de 27,5 millions de dollars sur les 65 millions de dollars. Son objectif est d'ajouter au système beaucoup d'aides judiciaires spécialisés en santé mentale, et d'ajouter aussi des places pour les situations de crise.

Lorsqu'un agent de police rencontre, dans la rue, une personne en difficulté ou dont la famille a appelé parce qu'il est troublé, l'agent aura maintenant de nouvelles options. Plutôt que d'amener cette personne à l'urgence ou de la mettre en prison, selon la nature du problème ou des troubles que cette personne cause, l'agent aura de nouvelles options pour régler la situation et aider son client; on ne veut pas qu'il le pousse dans le système judiciaire. Nous ne croyons pas que c'est sa place.

Les aides judiciaires spécialisés en santé mentale pourront, dans le cas où une personne est accusée d'une infraction, collaborer avec le système judiciaire en cherchant des façons d'éviter au client d'entrer dans ce système. S'il existe dans la collectivité des soutiens pertinents, les aides judiciaires pourront calmer le client, veiller à ce que l'on prenne son cas en charge et qu'il obtienne toutes les formes d'aide dont il a besoin. Il peut avoir besoin d'un logement : c'est pourquoi la stratégie prévoit 500 unités de logements avec services de soutien; ces éléments sont la clé.

Comme je l'ai déjà dit, le problème concerne le niveau de risque qu'un client pourrait présenter dans la collectivité. Ce ne sont pas toutes les personnes souffrant d'une maladie mentale qui commettent une infraction qui seront admissibles au soutien de ce programme particulier. Notre intention est d'essayer de réduire les demandes qui visent notre système médico-légal, en collaborant avec des tribunaux et aussi avec le système correctionnel de façon que les personnes qui sortent de prison ne récidivent pas. Nous voulons faire en sorte qu'il existe suffisamment de soutien pour ces clients pour les stabiliser, dans la collectivité, et leur éviter de retourner devant les tribunaux.

Nous essayons aussi d'analyser la façon dont nous utilisons les places du système médico-légal, parce que les ressources sont relativement rares.

Il y a tous ces éléments, tous ces continuums et ces multiples niveaux de soins primaires, des services offerts dans la collectivité au système médico-légal, qui offrent les services les plus spécialisés que nous ayons.

Le sénateur Keon : Merci beaucoup. Qu'en est-il de l'établissement de Penetang, le dernier dont vous avez parlé?

Mme Hayward : L'établissement de santé mentale de Penetang est divisé aujourd'hui en deux secteurs. Il y a un service pour les soins aigus en santé mentale, et il y a l'établissement d'Oakridge, l'établissement médico-légal à sécurité maximale. Il y a environ 140 patients dans ce dernier établissement; tous les autres se trouvent dans le service des soins aigus.

We are in the process of divesting the last three provincial psychiatric hospitals, with Whitby and North Bay in process now. The last one to be divested will be the Penetang facility, and all the final decisions about how all of that will occur have not yet been made.

Senator Keon: It is unfair to ask you the next question but why not invent the system for us? What will you do to substitute what you have in Penetang?

Ms. Hayward: In which part of Penetang?

Senator Keon: The forensic portion of it.

Ms. Hayward: Right now the ministry is looking at the options for the whole psychiatric system. The forensic system, particularly, is looked at in terms of how to provide care on a regional basis so, at this point, the discussion is there about maintaining that facility. You also want economy of scale in a system because there are only 140 residents at that facility.

The Chairman: What would you say to, our colleagues know this actually, the audience precisely because the issue of the courts and mental issue is such a major issue. I think we commented in our report that in many ways the prisons have become the asylums of the 21st century.

We have tomorrow a day in which we will spend most of the day on that issue. It includes representatives of the police forces in Newfoundland, Saskatchewan and Montreal who deal with mental patients, representatives from organizations such as the John Howard Society and Elizabeth Fry Society who deal with patients and prisoners with mental illness once they come out, two judges from the Ontario Mental Health Court, and judges from the Supreme Court of Ontario who deal with mental health patients.

Tomorrow, we will spend the day looking at the issue of the impact which mentally ill people have on the judicial system and conversely.

Senator Cochrane: Thank you, Ms Hayward. Your budget for the Ministry of Health is how much again?

Ms. Hayward: \$30 billion.

Senator Cochrane: That is what I thought. This youth services group coming after you, do they have a special budget or are they part of this \$30 billion?

Ms. Hayward: They have a separate budget.

Senator Cochrane: They have a separate budget but do you know how much it is?

Ms. Hayward: No, I do not.

Senator Cochrane: I will ask. You do not deal with youth services at all?

Nous avons commencé à nous départir des trois derniers hôpitaux psychiatriques provinciaux, nous en sommes rendus aux établissements de Whitby et de North Bay. Nous nous départirons en dernier de l'établissement de Penetang. Nous n'avons pas encore pris de décisions finales quant à la façon dont tout cela se passera.

Le sénateur Keon : Je suis désolé de vous poser la prochaine question, mais, pourquoi ne pas nous inventer un système? Par quoi allez-vous remplacer ce qui est offert à Penetang?

Mme Hayward : Dans quel secteur de Penetang?

Le sénateur Keon : Dans le secteur médico-légal.

Mme Hayward : Pour le moment, le ministère étudie les options qui concernent l'ensemble du système psychiatrique. En ce qui concerne en particulier le système médico-légal, on cherche comment offrir des soins à l'échelle régionale. Donc, pour le moment, on discute de la possibilité de conserver cet établissement. On voudrait aussi que le système profite des économies d'échelle, puisqu'il n'y a que 140 résidents dans cet établissement.

Le président : Comment expliqueriez-vous au public, parce que nos collègues sont des gens au courant, le problème précis des tribunaux et des troubles mentaux, c'est une question tellement importante. Je crois que nous avons déjà commenté, dans notre rapport, qu'à plusieurs égards les prisons sont devenues les asiles du XXI^e siècle.

Demain, nous consacrerons toute la journée à cette question. Nous verrons des représentants des services de police de Terre-Neuve, de la Saskatchewan et de Montréal qui doivent traiter avec des personnes souffrant de maladie mentale, des représentants d'organismes comme la Société John Howard et la Société Elizabeth Fry, qui s'occupent de patients et de prisonniers souffrant d'une maladie mentale à leur sortie de prison, deux juges de la cour de l'Ontario qui traitent de santé mentale et des juges de la Cour suprême de l'Ontario qui traitent aussi de santé mentale.

Demain, nous consacrerons la journée à l'étude des répercussions des personnes souffrant de maladie mentale sur le système judiciaire, et du système judiciaire sur ces personnes.

Le sénateur Cochrane : Merci, madame Hayward. Pourriez-vous me donner encore une fois le montant du budget du ministère de la Santé?

Mme Hayward : Trente milliards de dollars.

Le sénateur Cochrane : C'est ce que je pensais. Le groupe qui représente les services à la jeunesse, qui vient après vous, est-il doté d'un budget spécial ou ce budget est-il tiré de cette somme de 30 milliards de dollars?

Mme Hayward : Il a un budget séparé.

Le sénateur Cochrane : Il a un budget séparé; savez-vous à combien il s'élève?

Mme Hayward : Non, je ne le sais pas.

Le sénateur Cochrane : Je le demanderai. Vous ne vous occupez pas du tout des services à la jeunesse?

Ms. Hayward: We have youth services that are in hospital. For example, right now we are in the process of transferring children's mental health programs that were associated with hospitals to the new ministry.

In determining which program should go to the new ministry and which could stay, a decision was made to distinguish between inpatient services and outpatient services.

For example, programs that provide assessment, evaluation and therapy in the community but were funded through the hospital will be managed now, or in April, by the Ontario Ministry of Children and Youth Services. However, we did not want to fragment the services provided in the hospital because that is a very specific kind of service that the Ministry of Health has the expertise to manage.

Senator Cochrane: Can you give some idea as to the types of services in the hospital that the Ontario Ministry of Health and Long-term Care deals with?

Ms. Hayward: Children psychiatry, for example: if children need to be admitted to hospital to be stabilized for a particular reason, those children would still be captured within the ministry's budget and would be part of the services provided at hospitals within Ontario. Mostly those services would be hospital-based services.

Senator Cochrane: Do you have any percentage of these types of children, of youth?

Ms. Hayward: I do not have them off the top of my head but, again, some of these questions we might be able to address in the written submission we provide to you.

Senator Cochrane: Let me go to another question. You say you have a relationship with employers. Would you tell us about the relationship you have and how they handle employees who have mental disorders or some sort of stigma attached to them when they come to the work force? Tell us about their work ethic and their periods of work. How do these employers deal with that?

Ms. Hayward: We do not provide those services directly, senator. Those services are provided through agencies that we fund. For example, about \$14 million is spent on vocational support programs. Those are agencies that then have money to try to help people with mental illness find a job, or they may work with employers to bring in their clients to work in that environment.

As I mentioned, the Canadian Mental Health Association's Mental Health Works Program is designed to work one-on-one with employers to help them understand mental illness, to train them in terms of how to deal with mental health accommodation issues, and to make them more familiar with the kinds of challenges that an employee might have, as well as things that they can do to work with that particular employee. The ministry

Mme Hayward : Nous offrons des services à la jeunesse dans les hôpitaux. Par exemple, à l'heure actuelle, nous essayons de transférer vers le nouveau ministère les programmes de santé mentale à l'intention des enfants qui étaient offerts dans les hôpitaux.

Pour savoir quels programmes seront légués au nouveau ministère et quels programmes nous allons conserver, nous avons décidé d'établir la distinction entre les services aux patients hospitalisés et les services aux patients externes.

Par exemple, les programmes qui visent l'examen, l'évaluation et la thérapie dans les collectivités, qui étaient financés par le truchement des hôpitaux relèveront maintenant, ou en avril, du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario. Mais nous ne voulions pas fragmenter les services offerts à l'hôpital, parce qu'il s'agit de services très spécifiques, et le ministère de la Santé possède l'expertise nécessaire pour les gérer.

Le sénateur Cochrane : Pourriez-vous nous donner un aperçu du type de services offerts dans les hôpitaux dont s'occupe le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario?

Mme Hayward : La pédopsychiatrie, par exemple : si un enfant doit être admis à l'hôpital pour y être stabilisé, pour un motif ou pour un autre, il figurera sur le budget du ministère et utilisera les services fournis dans les hôpitaux de l'Ontario. La plupart de ces services sont fournis à l'hôpital.

Le sénateur Cochrane : Avez-vous des données sur le pourcentage de ce type d'enfant, de jeune?

Mme Hayward : Je ne les connais pas par cœur. Mais, encore une fois, on pourra probablement répondre à certaines de vos questions dans le mémoire écrit que nous allons vous soumettre.

Le sénateur Cochrane : Je vais, si vous le voulez bien, passer à une autre question. Vous dites que vous dialoguez avec les employeurs. Pourriez-vous nous parler de vos discussions? Pourriez-vous nous dire comment ils traitent les employés qui souffrent de maladies mentales ou qui sont en quelque sorte stigmatisés lorsqu'ils s'intègrent à la main-d'œuvre? Parlez-nous de leur éthique professionnelle et des périodes de travail. Comment ces employés réagissent-ils?

Mme Hayward : Nous n'offrons pas ces services directement, monsieur le sénateur. Nous finançons les organismes qui assurent la prestation de ces services. Par exemple, nous consacrons environ 14 millions de dollars au programme de soutien professionnel. Ces organismes reçoivent de l'argent et peuvent essayer d'aider les personnes souffrant d'une maladie mentale à trouver un emploi. Ils peuvent aussi collaborer avec les employeurs pour que leurs clients travaillent dans un environnement donné.

Comme je l'ai déjà indiqué, le programme Mental Health Works mis sur pied par l'Association canadienne pour la santé mentale, vise une collaboration personnalisée avec les employeurs. L'objectif est de les amener à comprendre la maladie mentale, à leur apprendre à faire face aux problèmes d'adaptation particuliers à cette maladie et à les familiariser avec les différents obstacles que les employés peuvent devoir contourner.

does not do that directly. The money we fund goes to an agency that provides that kind of support and assistance to clients, and works directly one-on-one with various employers.

Howard and I saw last week a program at Yamaha where that employer created a cafeteria that employs six people with mental illness, and they have operated that program for 12 years. Making a program that effective takes a very strong relationship between Yamaha and the Canadian Mental Health Association because certainly some of the staff who work in the cafeteria do have issues. They have bad days when they may be going into crisis. They have a job-coach manager that works there who helps to identify for the employer when issues arise. They have a way of dealing with that with the Canadian Mental Health Association as opposed to with the individual employee of the cafeteria.

Senator Cochrane: These programs are working then?

Ms. Hayward: Absolutely.

Senator Cochrane: Do you do an assessment on some of these agencies that you hire because you people dish out the money to these agencies? The bottom line, when the whole program is complete, do you have an assessment of these agencies because some probably are good, some are not so good, some are better and so on?

Ms. Hayward: We have not funded new mental health agencies, or very few, in Ontario for some time, so people and organizations providing these services have been there for a while. Each of those agencies puts together annual operational plans that describe their business, the kinds of services they will provide, how many people they intend to target if it is a job program, and how many employers they intend to work with.

Our regional office staff that I mentioned at the beginning of the presentation would work closely with the agency. If there were concerns about that agency, or how they were doing their work, regional staff would work closely with that agency to achieve improvements.

Senator Cordy: Thank you for all the information you have given us today. I would like to speak, first of all, about services integration, and you spoke about the coordination of services within the health network.

We have often heard that there is a lack of coordination, not just in Ontario, but in other provincial governments with other government departments.

For example, the person who is working at a low-paying job cannot afford to keep the job because they have to pay for medication for their child, or in Ontario for a psychologist or psychiatric help for a family member. They have to leave their job because they cannot afford to care for their family member.

On leur montre aussi ce qu'ils peuvent faire pour travailler avec cet employé particulier. Le ministère ne s'occupe pas de cela directement. Nous finançons des organismes qui offrent ce type de soutien et d'aide aux clients et qui collaborent directement, sur une base personnalisée, avec divers employeurs.

La semaine passée, Howard et moi avons vu, à Yamaha, le programme mis sur pied par un employeur. Six personnes souffrant de maladie mentale travaillaient à la cafétéria; le programme existait depuis 12 ans. Pour créer un programme d'une telle efficacité, il faut des liens très étroits entre Yamaha et l'Association canadienne pour la santé mentale, puisque, de toute évidence, certains des employés de la cafétéria peuvent représenter un problème. Il y a des jours où ça va mal, et où une crise peut se déclarer. Un gestionnaire en formation en milieu de travail, qui travaille au même endroit, aide l'employeur à cerner les problèmes qui se présentent. Ils savent comment traiter avec l'Association canadienne pour la santé mentale plutôt qu'avec l'employé de la cafétéria.

Le sénateur Cochrane : Donc, ces programmes fonctionnent?

Mme Hayward : Tout à fait.

Le sénateur Cochrane : Est-ce que vous faites l'évaluation de certains des organismes que vous embauchez, parce que vous leur donnez de l'argent? Au bout du compte, lorsque le programme est complété, est-ce que vous évaluez ces organismes, parce qu'il est probable que certains sont bons, d'autres pas aussi bons, d'autres meilleurs que les autres, et ainsi de suite?

Mme Hayward : Cela fait un certain temps que nous n'avons pas financé de nouveaux organismes de santé mentale, ou très peu, en Ontario, et les gens et les organismes qui fournissent ces services sont là depuis un certain temps. Tous ces organismes dressent un plan des activités annuelles qui décrit leurs activités, le genre de services qu'ils fournissent, le nombre de personnes qu'ils veulent joindre s'il s'agit d'un programme d'emploi, le nombre d'employeurs avec lesquels ils désirent collaborer.

Le personnel du bureau régional, dont j'ai déjà parlé au début de mon exposé, collabore étroitement avec l'organisme. Si on croit qu'il y a un problème avec l'organisme en question, ou sur la façon dont il travaille, le personnel régional collabore étroitement avec lui pour apporter des améliorations.

Le sénateur Cordy : Merci de tous les renseignements que vous nous avez donnés aujourd'hui. J'aimerais parler en premier lieu de l'intégration des services. Vous avez parlé de la coordination des services au sein du réseau de la santé.

Nous entendons souvent dire qu'il y a un manque de coordination, pas seulement en Ontario, mais aussi entre les gouvernements provinciaux et les autres ministères.

Par exemple, une personne qui a un emploi mal rémunéré ne peut se permettre de conserver son emploi si elle doit payer les médicaments de son enfant, ou en Ontario, les services d'un psychologue ou d'un psychiatre pour aider un membre de sa famille. Elle doit laisser son emploi parce qu'elle ne peut payer les soins du membre de sa famille.

We heard this morning from the lady whose child cannot attend public schools because her child is on the autistic program, which is actually funded by the health department and they cannot have somebody from the health department working in the school system. It does not make any sense to me, looking at it as a former educator; those kinds of things like coordination within government departments, not just within the health department. I wonder if you could explain how that is going.

Ms. Hayward: I think in any bureaucracy that can be difficult, and it takes a lot of effort to ensure that there are those cross-ministerial relationships. There are a number even that I am familiar with in Ontario.

For example, our branch is working with the Ontario Disability Support Program because there are issues about accessibility for people with mental illness who have challenges trying to access that system, or in terms of getting particular benefits.

We are also working with the Ontario Ministry of Municipal Affairs and Housing on the affordable housing strategy, and how to ensure that some of the units they have available through that federal/provincial initiative could be devoted to people with mental illness.

We work closely with the Ontario Ministry of Community and Social Services for people with developmental disability as well as mental health issues.

There is another program that is quite unique. It is called Impact, and involves the Ministry of Community and Social Services, the Ministry of Education, and the Ministry of Health in terms of very, very hard-to-serve clients. This committee has a pool of money that they can use to recommend particular service arrangements to try to ensure that people do not fall through some of the gaps that there can be when their needs cross the domains of various ministries. It is not a perfect system but there are a number of initiatives in place where we are working with one another.

For service enhancements related to the criminal justice system, we are working extremely closely with the Ministry of the Attorney General and the Ministry of Community Safety and Correctional Services, the police and the court system as well as, again, the Ministry of Community and Social Services because there are many people with developmental disabilities and some mental illness issues that come into contact with the law. That particular initiative is not exclusive to people with mental illness but also to people with developmental disability, so there are a number of initiatives in place where there is cross-ministry involvement but it is challenging.

Nous avons entendu ce matin l'histoire d'une femme dont l'enfant ne peut fréquenter les écoles publiques parce qu'il fait partie du programme pour les autistes, qui est en réalité financé par le ministère de la Santé, mais personne, dans ce ministère, ne peut travailler avec le système scolaire. Je suis une ancienne enseignante, et ça dépasse mon entendement; je parle de la coordination entre les ministères, pas seulement au sein du ministère de la Santé. Je me demandais si vous pouviez m'expliquer comment ça se passe.

Mme Hayward : Je crois que c'est difficile, dans n'importe quel système bureaucratique, et qu'il faut déployer beaucoup d'efforts pour établir des relations entre les ministères. Je connais même assez bien certains d'entre eux en Ontario.

Par exemple, notre Division collabore avec le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées parce que certaines personnes qui souffrent d'une maladie mentale ont de la difficulté à accéder à ce système ou à obtenir certains types de prestations.

Nous collaborons aussi avec le ministère des Affaires municipales et du Logement de l'Ontario en ce qui concerne la stratégie relative au logement abordable. Nous voulons essayer de garantir que certaines des unités accessibles grâce à ce projet fédéral-provincial pourront être réservées aux personnes souffrant de maladie mentale.

Nous collaborons aussi étroitement avec le ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario dans le dossier des personnes qui souffrent d'un trouble du développement ou d'un problème de santé mentale.

Il existe aussi un autre programme qui est à mon avis unique. C'est le programme Impact, qui s'appuie sur la collaboration entre le ministère des Services sociaux et communautaires, le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé. Le programme s'adresse à une clientèle très, très difficile à servir. Le comité dispose d'un certain montant d'argent qui lui permet de recommander des arrangements particuliers en matière de service en veillant à ce que les personnes dont les besoins concernent plusieurs ministères ne soient pas laissées pour compte à cause des lacunes qui peuvent exister. Le système n'est pas parfait, mais nous collaborons dans un certain nombre de projets.

En ce qui concerne l'amélioration des services du système de justice pénale, nous travaillons en très étroite collaboration avec le ministère du Procureur général et le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, les services de police et les tribunaux et, encore une fois, avec le ministère des Services sociaux et communautaires. En effet, de nombreuses personnes souffrant de troubles du développement ou de certaines maladies mentales ont des démêlés avec la justice. Ce projet particulier ne s'adresse pas seulement aux personnes souffrant de maladie mentale. Il concerne aussi les personnes qui présentent un trouble du développement. Il y a donc certains projets qui supposent la participation de plusieurs ministères, mais ils constituent un défi.

Senator Cordy: Do you look at it case by case? For example, if a case comes to your attention, are you the advocate who gets the departments together? Does somebody have to take a special interest in a case before the barriers are broken between the departments, or is it something that is going to happen?

Ms. Hayward: Some of that happens certainly at the local level first where a family member may call a service agency and try to get assistance from that service agency. Depending on the need, that program consultant may call someone in another ministry and they try to create an intervention at the local level.

The program that I mentioned where the three ministries very formally sit together to deal with individual cases are only cases that have risen to the very top because they are so complex. A lot of that integration, trying to help individual clients, happens at the local level.

If you think of the number of people with mental illness in Ontario, to do one-on-one interventions for every person would be very difficult I think for the government to manage. There are some processes but probably they are not ideal, and not everyone is availed of them.

Senator Cordy: My next question has to do with family support. Probably a year and a half ago the head of the Schizophrenia Society of Ontario appeared before us and told us that 60 per cent of people with schizophrenia go from the hospital to the home. That means the family are playing a major role in, not necessarily the care but the support, of people with, in this case, schizophrenia but I think it would follow true for mental illness overall.

You talked about setting up family self-help groups and we heard this morning some of the frustrations families are going through. Could you perhaps elaborate a little bit on what exactly a family self-help group would do, and who was involved in establishing the parameters for the family self-help group? Was it indeed families or did it come from government?

Ms. Hayward: The programs that are funded in Ontario have evolved I think from family groups or they have come through organizations such as the Schizophrenia Association to establish those. They tend to be small programs but I think the particular support that has been provided to them is in recognition of the fact that they are often the primary care in the truest sense of providing support to family members, but also we see a significant role for families in planning and governance of services.

If I recall, our accountability framework requires community mental health agencies to have consumer survivors or family members of people with mental illness to be part of their

Le sénateur Cordy : Est-ce que vous examinez chacun des cas? Par exemple, si on soumet un dossier à votre attention, est-ce que vous allez le défendre et demander que les ministères unissent leurs efforts? Est-ce qu'il faut que quelqu'un s'occupe personnellement d'un dossier pour que les frontières entre les ministères tombent, ou est-ce que c'est quelque chose qui se passe naturellement?

Mme Hayward : Dans certains cas, ça se passe certainement à l'échelle locale d'abord. Par exemple, un membre de la famille téléphone à un organisme de service pour tenter d'obtenir de l'aide. S'il le faut, le conseiller de ce programme peut appeler quelqu'un d'autre dans un autre ministère, et ils essaient d'intervenir à l'échelle locale.

Dans le programme dont je viens de parler, les trois ministères se réunissent de façon très officielle pour traiter de dossiers particuliers, mais il ne s'agit que des dossiers qui se sont rendus au dernier échelon parce qu'ils sont trop complexes. Quand on essaie d'aider chacun des clients de façon personnalisée, l'intégration se fait à l'échelle locale.

Quand on sait combien de personnes souffrent d'une maladie mentale en Ontario, on comprend qu'il serait très difficile, je crois, pour le gouvernement, de gérer les interventions une à la fois. On a mis en place des processus, mais ils ne sont probablement pas idéals, et tout le monde ne peut pas les utiliser.

Le sénateur Cordy : Ma prochaine question concerne le soutien à la famille. Il y a environ un an et demi, les directeurs de la Société ontarienne de la schizophrénie se sont présentés devant nous. Ils nous ont dit que 60 p. 100 des personnes souffrant de schizophrénie retournaient chez elles lorsqu'elles quittaient l'hôpital. Cela signifie que la famille a un rôle important à jouer, pas nécessairement en offrant des soins, mais en offrant un soutien. Cela est vrai non seulement pour les personnes souffrant de schizophrénie, mais, je crois, c'est vrai aussi pour l'ensemble des personnes souffrant d'une maladie mentale.

Vous avez parlé de mettre sur pied des groupes d'entraide familiale. On nous a aussi parlé, ce matin, de certaines frustrations que les familles doivent subir. Pourriez-vous nous en dire un peu plus sur ce que feraient exactement les groupes d'entraide familiale? Qui a défini des paramètres de ces groupes d'entraide? L'idée venait-elle des familles ou du gouvernement?

Mme Hayward : Les programmes financés en Ontario sont issus, je crois, de groupes d'aide à la famille, ou peut-être aussi d'organismes comme la Société de la schizophrénie; c'est peut-être eux qui les ont mis sur pied. Il s'agit en général de petits programmes, mais je crois que si on leur offre un soutien particulier, c'est parce qu'on reconnaît qu'il s'agit souvent de soins primaires, au sens précis du terme, puisqu'ils offrent du soutien à des membres de la famille. Nous constatons aussi que les familles jouent un rôle important au chapitre de la planification et de la gouvernance des services.

Si je me rappelle bien, notre cadre de responsabilisation exige que les organismes communautaires s'occupant de santé mentale intègrent à leur structure de gouvernance des consommateurs

governance structures to ensure that those agencies are grounded in the experience of people with mental illness and their family members.

Senator Pépin: I listened carefully to your last answer and this morning we had many families who told us that they were exhausted and they really need support services. I believe you but I am really wondering how you will be able to do that because it seems so important. In your reform, how will you direct that?

Ms. Hayward: In the program that I mentioned in terms of our new initiative, there are three particular components that will be helpful to families. The first is the early intervention in psychosis which is probably the most difficult time of all for families: not knowing where to turn, what particularly might be a diagnosis for their son or daughter, and trying to grapple with children now not being able to finish high school or university or not being able to work. The \$4.4 million for that program I think will be of benefit to those family members because it is so focused on catching these issues early on and helping young people, in particular, early on to get the supports they need. That alone may help to reduce some of the stress on families.

As well, the investments in case management and the Assertive Community Treatment teams, those two forms of care, try to ensure that people with mental illness get the other kinds of support they need. It may even be to link a person who is coming out of hospital with supportive housing, if they are old enough to live on their own, rather than go back to a family situation, as a more appropriate way to move forward with their own independence and their own recovery.

Between things like housing and trying to ensure people get vocational and counseling support they need, those services, while they are not directed to families per se, in fact, will help people with mental illness in the system. Hopefully, in turn, those services work with family members and involve them.

With the Assertive Community Treatment teams and the outcome paper that I said we will share with you, when they do their client satisfaction surveys, they do a separate survey of family members to see whether family members are satisfied with the services that their sons and daughters are receiving.

Senator Pépin: When are you planning that those beautiful services would be available here?

survivants ou des membres de la famille d'une personne souffrant de santé mentale pour veiller à ce que les activités de ces organismes plongent leurs racines dans l'expérience des personnes souffrant de santé mentale et des membres de leur famille.

Le sénateur Pépin : J'ai écouté avec grande attention votre dernière réponse. Ce matin, de nombreuses familles sont venues nous dire qu'elles étaient épuisées et qu'elles avaient vraiment besoin de services de soutien. Je vous crois, mais je me demande vraiment comment vous y arriverez, ça me semble tellement important. Quelles directives allez-vous donner en ce sens, dans votre réforme?

Mme Hayward : Dans le programme dont j'ai parlé, en ce qui concerne notre nouveau projet, il y a trois volets particuliers qui aideront les familles. Le premier volet, c'est l'intervention précoce en cas de psychose. C'est probablement une des périodes les plus difficiles que traverseront les familles : elle ne savent pas vers qui se tourner, ce que peut signifier un diagnostic pour leur fils ou pour leur fille, elles doivent composer avec le fait que leur enfant ne pourra pas terminer ses études secondaires ou universitaires, ou qu'il ne peut pas travailler. Ce programme est assorti d'un budget de 4,4 millions de dollars. Je crois qu'il sera utile à ces familles, parce qu'il s'attache vraiment au dépistage précoce et cherche à aider les jeunes, en particulier, le plus tôt possible, de façon qu'ils puissent obtenir le soutien dont ils ont besoin. Ce simple soutien pourrait réduire un peu le niveau de stress des familles.

Nous avons aussi investi dans la prise en charge des cas et dans les équipes de traitement communautaire dynamique. Ces deux formes de soins ont pour objectif d'aider les personnes souffrant de santé mentale à obtenir les autres formes de soutien dont elles ont besoin. Il peut même s'agir de lier une personne qui sort de l'hôpital à un programme de logement avec services de soutien, si cette personne est assez vieille pour vivre seule, plutôt que de la renvoyer dans sa famille; c'est peut-être une façon plus appropriée pour elle de franchir une autre étape, de devenir plus indépendante et de prendre en charge son propre rétablissement.

Après l'aide au logement, après avoir tenté de fournir aux personnes du soutien professionnel et les conseils dont elles ont besoin, tous ces services, même s'ils ne visent pas directement les familles en tant que telles, aideront les personnes souffrant de santé mentale qui utilisent le système. Nous espérons que, par ricochet, ces services collaboreront avec les membres des familles et les amèneront à participer.

Quant aux équipes de traitement communautaire dynamique, je vous ai dit que je vous transmettrai un document de résultats. Les équipes font un sondage sur la satisfaction de la clientèle et elles en profitent pour faire un sondage distinct auprès des membres de la famille, pour savoir s'ils sont satisfaits des services reçus par leur fils ou par leur fille.

Le sénateur Pépin : Quand prévoyez-vous que ces merveilleux services seront offerts ici?

Ms. Hayward: The funding for these particular four services, the ones I just mentioned, as well as crisis response, was distributed around September 2004. Most of the agencies who received the equivalent of about \$30 million annualized, all the staff for those agencies are being hired right now, and are in place.

Senator Pépin: So, it should work soon?

Ms. Hayward: It should. We should see some change soon. The program that relates to correctional services and the criminal justice system is not quite out the door yet but the others are.

Senator Pépin: Does the OHIP formula include all kinds of mental sickness such as autism, bulimia and anorexia? Does it mean that it is covered by OHIP?

Ms. Hayward: I am not as familiar with autism services because those have traditionally been funded by the Ontario Ministry of Community and Social Services and now by the new Ontario Ministry of Children and Youth Services.

With respect to bulimia and anorexia, a general practitioner who was treating a young woman with that condition would certainly bill OHIP for the services that he or she provides.

As well, if that young person is hospitalized, that would be part of the expenditures that I mentioned for mental health in the \$3 billion because there are both inpatient and outpatient programs for people with anorexia and bulimia.

Senator Pépin: Autism seems to be a very specific problem. It seems not to have much help. Money-wise it is quite expensive and many families cannot afford the care that those children or those persons in their family need.

Ms. Hayward: I can alert the people that will present to you or send a submission from that ministry that autism is an area of interest that you have.

Senator Pépin: I think this is very important. This is my last question. You mentioned the publicity campaign regarding mental health, and that it was not successful. I am wondering how come, because this morning someone told us that they had a big survey to find out that more than 80 per cent of the Ontario population were really supportive of mental health, and that the government should do something about it.

Ms. Hayward: The report that I mentioned was a research study from another country where they did a significant assessment.

Senator Pépin: It was not from here.

Mme Hayward : Le financement de ces quatre services, les services dont je viens tout juste de parler, de même que les services d'intervention en cas de crise, a été distribué vers le mois de septembre 2004. La plupart des organismes qui ont reçu l'équivalent d'environ 30 millions de dollars, sur une base annualisée, procèdent en ce moment même à l'embauche de leur personnel, et ils sont en place.

Le sénateur Pépin : Ce sera donc bientôt fonctionnel?

Mme Hayward : Ça devrait. Nous devrions constater bientôt un changement. Le programme de liaison avec les services correctionnels et le système de justice pénale n'est pas tout à fait prêt, mais les autres le sont.

Le sénateur Pépin : Est-ce que la liste de l'Assurance-santé de l'Ontario comprend tous les types de maladie mentale, par exemple l'autisme, la boulimie et l'anorexie? Est-ce que ces troubles sont couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario?

Mme Hayward : Je ne connais pas très bien les services pour les autistes, parce qu'ils sont depuis toujours financés par le ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, et maintenant, par le nouveau ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario.

En ce qui concerne la boulimie et l'anorexie, un généraliste qui traite une jeune femme souffrant de ce problème facturerait certainement l'Assurance-santé de l'Ontario pour ses services.

De plus, si cette jeune patiente devait être hospitalisée, ça ferait partie des dépenses en santé mentale dont j'ai déjà parlé, qui sont liées au budget de trois milliards de dollars, parce qu'il existe des programmes pour les patients hospitalisés et des programmes pour les patients externes dans le cas de l'anorexie et de la boulimie.

Le sénateur Pépin : L'autisme me semble un problème très spécifique. J'ai l'impression qu'il n'y a pas beaucoup d'aide dans ce domaine. C'est un problème qui entraîne beaucoup de frais, et de nombreuses familles ne peuvent payer les soins dont leurs enfants ou dont les membres de leur famille ont besoin.

Mme Hayward : Je peux dire aux représentants de ce ministère, qui viendront vous présenter un exposé ou qui déposeront un mémoire, que le problème de l'autisme vous intéresse.

Le sénateur Pépin : Je crois que c'est très important. J'ai une dernière question. Vous avez parlé des campagnes de publicité sur la santé mentale, vous dites que ce n'est pas très efficace. Je me demande pourquoi vous dites cela; ce matin même, quelqu'un nous a dit qu'il y avait eu un grand sondage et qu'on avait appris que plus de 80 p. 100 des Ontariens étaient très sensibilisés au problème de santé mentale et pensaient que le gouvernement devrait faire quelque chose à ce sujet.

Mme Hayward : Le rapport dont j'ai parlé, c'était une monographie publiée dans un autre pays, où il y a eu une importante évaluation.

Le sénateur Pépin : Ça ne vient pas du Canada.

Ms. Hayward: It was not from here. The point that we were making is that perhaps what is more ideal would be to target the campaigns. Rather than one campaign for everybody in the country, we may want to focus more specifically on employers, young people or particular aspects of the system, as opposed to trying to reach all the public all the same way.

Senator Trenholme Counsell: Thank you, chair, colleagues, and Ms Hayward. This has been very important for us because, of course, we are from the Government of Canada and you are from the government of a province. Throughout this whole thing — I am quite new to it — I wondered how we can, from the Government of Canada, have an impact when really this is provincial jurisdiction.

You mentioned a number of areas where we could have an impact through this Senate report: research data, income, housing and employment. You have also given us an excellent point where you suggest targeted campaigns towards youth, et cetera. You mentioned also the First Ministers' Health Accord.

What general advice do you have or how much optimism you have for a report such as this, given perhaps the present state of federal/provincial relationships in health?

Also, could you reflect very briefly on your relationship with the federal government, the federal department of health, and your own work; whether there is much interplay between the two levels of government in terms of mental health issues?

If you could elaborate a little more on what you think the impact of this can be and give us advice as to how, ultimately, it could be most effective in terms of the nation as you see it from the point of view of a provincial chair, provincial director.

Ms. Hayward: I think there is tremendous potential for the work of the committee. The fact alone that you have undertaken this particular study, as I mentioned in the beginning, in terms of the consultation and the attention that you are bringing to mental health, mental illness and addiction is critical.

Many people have said to me since I joined the ministry in this role that mental health is sometimes the orphan of the system. I have a significant amount of optimism at least from Ontario — with what is going on in other provinces I am less familiar. The fact that our government has recently committed a significant amount of resources to mental health services I think is a signal in terms of its commitment to this aspect of the health sector and to the needs of people with mental illness and addiction.

Mme Hayward : Ça ne vient pas du Canada. Ce qu'ils essayaient de prouver, c'est qu'il est peut-être mieux de faire des campagnes ciblées. Plutôt que de lancer une campagne qui s'adresse à tout le monde, il serait peut-être mieux de cibler spécifiquement les employeurs, les jeunes ou certains aspects particuliers du système plutôt que d'essayer de sensibiliser de la même façon tous les membres du public.

Le sénateur Trenholme Counsell : Monsieur le président, chers collègues, madame Hayward, je vous remercie. Tout ceci a été très important pour nous, évidemment, puisque nous représentons le gouvernement du Canada et vous, un gouvernement provincial. Tout ce temps-là — c'est assez nouveau pour moi — je me suis demandé comment nous pouvions, en tant que représentants du gouvernement du Canada, faire la différence puisqu'il s'agit, en fait, d'une compétence provinciale.

Vous avez mentionné un certain nombre de secteurs où nous pouvions faire la différence avec le rapport de notre Comité sénatorial : les données de la recherche, le revenu, le logement et l'emploi. Vous nous avez aussi très bien conseillés en suggérant des campagnes ciblées à l'intention de la jeunesse, et cetera. Vous avez aussi parlé de l'Accord des premiers ministres sur la santé.

Quels conseils généraux pourriez-vous nous donner? Jusqu'à quel point êtes-vous optimiste face à un rapport de ce type, compte tenu, peut-être, de l'état actuel des relations fédérales-provinciales dans le domaine de la santé?

J'aimerais aussi que vous parliez un peu de vos relations avec le gouvernement fédéral, avec le ministère fédéral de la Santé et de votre propre travail. Pourriez-vous nous dire jusqu'à quel point les deux ordres de gouvernement collaborent dans le dossier de la santé mentale?

J'aimerais que vous nous en disiez un peu plus sur les répercussions que vous envisagez. J'aimerais aussi que vous nous donniez des conseils sur la façon d'arriver à la plus grande efficacité possible, à l'échelle du pays, sur la façon dont vous envisagez cela en qualité de directrice d'une division du gouvernement provincial.

Mme Hayward : Je crois que le travail de votre comité peut donner d'excellents résultats. Le seul fait d'entreprendre cette étude, je l'ai dit au début de mon exposé, d'organiser des consultations et d'attirer l'attention sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie est un acte essentiel.

Depuis que j'occupe ce poste, au sein du ministère, bien des personnes m'ont dit que la santé mentale était souvent le parent pauvre du système. Je suis pourtant très optimiste, du moins en ce qui concerne l'Ontario — je ne suis pas très familiarisée avec ce qui se passe dans les autres provinces. Mais notre gouvernement vient d'affecter d'importantes ressources aux services en santé mentale; je crois que cela reflète son engagement envers ce volet du secteur de la santé et envers les besoins des personnes souffrant de maladie mentale ou d'une dépendance.

I think there are always challenges for federal/provincial/territorial relations in terms of roles and responsibilities, but there certainly are areas where the federal government has long-standing roles, and that presents opportunities.

The area of affordable housing, that there is already work going on between the Government of Canada and the Government of Ontario, is important. The work of Human Resources and Skills Development Canada and the potential for employment is important. The fact that on Aboriginal issues right now there are significant discussions happening at the federal/provincial territorial tables around Aboriginal health is important. Efforts at both levels of government have again significant potential to be combined, at least in Ontario, with our own investments and the Aboriginal healing and wellness strategy that has strived to create a new approach to those issues that Aboriginal communities face in terms of research and the work and data. Especially as we increasingly invest in community services with that transition in the ratio, there is so much we need to learn about the effectiveness of community mental health services and what approaches work best so that we can implement best practices in all the agencies we have.

The fact that you are bringing attention to these issues is really important. I think the tougher discussions are between the federal finance ministers potentially.

The Chairman: I do not know if that is an optimistic or pessimistic note to end on, but having been part of it over the years, it can be both from time to time.

Ms. Hayward, thank you very much for coming, particularly given the short time you have been in your job. We appreciate it, and we look forward to receiving your written submission.

We now have with us Becky McFarlane, who is with the Ontario Council of Alternative Businesses. I will tell you, Ms. McFarlane, we heard very good reports about your program this morning from some of the other witnesses.

We also have with us Jennifer Chambers, Coordinator for the Empowerment Council for Patients and Co-Chair of the Mental Health Legal Advocacy Coalition.

We then have three members of The Dream Team, and they will explain later on what The Dream Team is. However, they are not the basketball team that everybody originally thought they were.

Thank you all for coming. You want to begin in a different order.

Mr. Dufresne, can you begin at the outset by telling us what The Dream Team is and then proceed with your presentation?

Je crois que les relations entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux seront toujours délicates quand il sera question des rôles et des responsabilités. Mais il est évident que le gouvernement fédéral a toujours eu un rôle à jouer dans certains domaines, et on devrait pouvoir en profiter.

En ce qui concerne le logement abordable, le gouvernement du Canada et le gouvernement de l'Ontario ont déjà commencé à collaborer, c'est un dossier important. Le travail de Ressources humaines et Développement des compétences Canada, et ses répercussions sur l'emploi, sont importants. En ce qui concerne les Autochtones, on discute beaucoup de la santé des Autochtones, dans le cadre de réunions fédérales-provinciales-territoriales; cela aussi est important. Les activités mises en œuvre par les deux ordres de gouvernement peuvent très certainement être combinées, du moins en Ontario et s'intégrer à nos propres investissements et à la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones, par laquelle on s'efforce de définir une nouvelle approche des problèmes auxquels font face les collectivités autochtones; je parle de recherche, d'emploi, de données. Il ne faut pas oublier que nous investissons de plus en plus dans des services communautaires, et que le ratio a changé. Nous avons encore tant à apprendre sur l'efficacité des services communautaires en santé mentale et sur les approches qui fonctionnent le mieux. Nous voulons que tous nos organismes adoptent les meilleures pratiques qui soient.

Le fait que vous attiriez l'attention sur ces questions est un fait réellement important. Je crois que les discussions les plus fermes auront lieu entre les chefs des ministères fédéraux à vocation financière.

Le président : Je ne sais pas si c'est une conclusion optimiste ou pessimiste, mais puisque j'en fais partie depuis des années, je crois que de temps à autre, c'est les deux en même temps.

Madame Hayward, je vous remercie beaucoup d'être venue, surtout que vous n'occupez ce poste que depuis peu de temps. Nous l'apprécions, et nous avons hâte de prendre connaissance de votre mémoire écrit.

Souhaitons maintenant la bienvenue à Becky McFarlane, qui représente le Ontario Council of Alternative Businesses. Laissez-moi vous dire, madame McFarlane, que nous avons entendu de très bons commentaires au sujet de votre programme, ce matin, de la part d'autres témoins.

Souhaitons aussi la bienvenue à Jennifer Chambers, coordonnatrice du Empowerment Council for Patients et coprésidente de la Mental Health Legal Advocacy Coalition.

Nous recevrons ensuite trois membres du Dream Team, qui vous expliqueront en quoi consiste cette équipe. Non, il ne s'agit pas d'une équipe de basket-ball, comme tout le monde le pensait au début.

Merci à tous d'être venus. Nous allons suivre un autre ordre.

Monsieur Dufresne, pourriez-vous nous dire, pour commencer, en quoi consiste le Dream Team? Vous pourrez ensuite présenter votre exposé?

Mr. Phillip Dufresne, Member, The Dream Team: Thank you. I used to live on the street and now I am a member of The Dream Team which is a project that was created by the boards for Mental Health Services and Housing Services back in 1999. The boards for Mental Health Services and Housing Services and The Dream Team represent 24 mental health and housing agencies that support 7,000 people and provide safe, affordable housing to over 2,600 people in Toronto.

There are currently 20 members on The Dream Team; 17 of us live with mental health issues in supportive housing. We have a couple of family members and also a community board member of a supportive housing organization.

We demonstrate the life-altering benefits of supportive housing by telling our stories to politicians at the various levels of government, social service agencies, service clubs, high school and university students, consumer groups and other institutions. Through our efforts we strive to have more supportive housing available in Ontario for people living with mental illness.

Our goals are to promote understanding and acceptance of people living with mental illness and also to make it possible for people living with mental illness to achieve the fullest sense of self-worth and participation in society by ensuring safe, secure, affordable and supportive housing.

We achieve these goals by validating the life stories of psychiatric consumer survivors, which are people living with mental illness, and by ensuring that in our organization, decisions are consumer-driven, consumer-motivated and consumer-centred.

Each of us gives a three or four minute speech talking about how supportive housing has saved our life or the life of a family member. In the process of advocating for more supportive housing, often we must fight NIMBYism, Not in My Backyard; the stigma of mental illness; and zoning bylaws that discriminate against supportive housing.

The homeless and mentally ill also have a right to live wherever they want, like anybody else. Nobody has a right to prevent us from living in their neighbourhood. This is blatant discrimination and a flagrant violation of human rights. How would anybody in this room like it if somebody came up to you and said, "We do not want you living in our neighbourhood?" It does not matter why they say it to you; it is wrong. People are not allowed to prevent Blacks, gays or Jews from living in their neighbourhood because it is considered a hate crime and they should not be allowed to do this to the homeless and mentally ill either. Nobody is criticizing us because of anything we have done wrong. They are criticizing us out of fear and ignorance. Statistics have also shown

M. Phillip Dufresne, membre du Dream Team : Merci. J'ai déjà vécu dans la rue; aujourd'hui, je suis membre du Dream Team, un projet qui a vu le jour grâce aux conseils des Mental Health and Housing Services, en 1999. Les conseils des Mental Health and Housing Services et le Dream Team représentent 24 organismes s'occupant de santé mentale et de logement qui soutiennent 7 000 personnes et offrent un logement sûr et abordable à plus de 2 600 habitants de Toronto.

À l'heure actuelle, le Dream Team compte 20 membres; 17 d'entre nous souffrons d'un trouble de santé mentale et vivons dans un logement avec services de soutien. Notre équipe compte aussi quelques membres de la famille de l'un d'entre nous de même qu'un membre du conseil communautaire d'un organisme de soutien au logement.

Les logements avec services de soutien ont changé notre vie; nous en donnons une preuve vivante, et nous racontons notre histoire aux politiciens des divers ordres de gouvernement, aux organismes de services sociaux, aux sociétés de bienfaisance, aux étudiants des écoles secondaires et des universités, aux groupes de consommateurs et à d'autres institutions. Nous nous efforçons d'obtenir plus de logements avec services de soutien pour les personnes souffrant d'une maladie mentale en Ontario.

Nous avons pour objectifs de faire mieux comprendre et accepter les personnes souffrant d'une maladie mentale et de permettre à ces personnes de réaliser leur plein potentiel et de participer à la société en leur fournissant des logements sûrs et abordables, avec services de soutien.

Nous réalisons ces objectifs en montrant comment vivent les consommateurs-survivants des soins psychiatriques, c'est-à-dire les personnes qui vivent avec une maladie mentale, et en veillant à ce que, dans notre organisme, les décisions soient toujours prises par et pour les consommateurs avec le souci de leur bien-être.

Nous présentons chacun notre tour un exposé de trois ou quatre minutes pour expliquer en quoi le logement avec services de soutien nous a sauvé la vie, à nous ou à un membre de notre famille. Quand on cherche à obtenir plus de logements avec services de soutien, nous devons souvent combattre le syndrome Pas dans ma cour, la stigmatisation de la maladie mentale et les règlements sur le zonage, qui traitent à part les logements avec services de soutien.

Comme tout le monde, les sans-abri et les malades mentaux ont le droit de vivre où ils veulent. Personne n'a le droit de nous empêcher de vivre dans un certain quartier. C'est un cas flagrant de discrimination et de violation des droits de la personne. Comment réagiriez-vous, et je m'adresse aux personnes qui se trouvent dans la salle, si quelqu'un vous disait : « Je ne veux pas que vous viviez dans mon quartier »? Peu importe la raison pour laquelle on vous dirait cela, c'est mal. On n'a pas le droit d'empêcher des Noirs, des gais ou des Juifs de vivre dans un quartier ou un autre. On considère que c'est un crime haineux, et on ne devrait pas non plus en avoir le droit quand il s'agit de sans-abri ou de malades mentaux. Si on nous réproche, ce n'est

that we are no more violent than anybody else. It is just more sensationalized by society.

Now I would like to introduce Mr. Shapiro. He will speak first, then Ms. Chamberlain, and then I will finish off.

Mr. Mark Shapiro, Member, The Dream Team: How many on the commission are psychiatric consumer survivors?

The Chairman: The majority of us have members of our family.

Mr. Shapiro: Okay. I am a parent and a Habitat services board member. After the last 15 years, my son Kenny, who suffers from severe obsessive-compulsive disorder, now fits into the community after years of family disruption, in and out of hospitals, from one psychiatrist to another, and searching in vain for direction. Because of his compulsive disorder, we are constantly at odds with no cooperation from Kenny. He was living on the streets, with the constant anguish and panic of not knowing where he was; was he safe? At times he would show up in my studio, a street person, my son.

In our desperate search, we finally were able to connect my son into the system providing mental health services of supportive housing. Rochelle Goldman of the Chai Tikvah Foundation opened that door. Habitat Services and the Canadian Occupational Therapy Association, COTA, organization provided the essentials for Kenny's daily living tab. This major support led Kenny to get a job, have his own apartment subsidized by Chai Tikvah, take his own medication and be responsible for the essentials of his daily life.

No words can express the feelings and relief a parent has to have their son or daughter function normally and enjoy life connected to community and especially family. We take comfort in knowing that when we pass on, our child will always have a safe, secure, affordable home.

As a parent I give heartfelt thanks to the government sources and at the same time ask for their continued support.

Just to quote here from Michael Wilson in who was vice-chair of the Provincial Mental Health Implementation Task Force Forum. Supportive housing "is the cornerstone in the foundation to recovery. Without it, the emergency wards, the jails and the streets become the default options."

Ms. Linda Chamberlain, Member, The Dream Team: I wonder if I could stand up. I have ants in my pants. Hello, I am a person living with paranoid schizophrenia, bipolar disorder, alcohol addiction.

pas parce que nous avons fait quelque chose de mal, c'est à cause de la peur et de l'ignorance. Les statistiques montrent en outre que nous ne sommes pas plus violents que les autres. C'est simplement que, pour la société, nous faisons partie des cas sensationnels.

J'aimerais vous présenter maintenant M. Shapiro. Ce sera ensuite le tour de Mme Chamberlain, et c'est moi qui vais conclure.

M. Mark Shapiro, membre du Dream Team : Combien de membres de la commission sont des consommateurs-survivants de soins psychiatriques?

Le président : La plupart d'entre nous avons dans la famille un membre qui répond à cette définition.

M. Shapiro : Bien. Je suis un parent, et un membre du conseil d'administration de Habitat Services. Mon fils Kenny a souffert pendant 15 ans d'un trouble obsessionnel-compulsif grave. Il a maintenant réintégré la collectivité après des années de problèmes familiaux, à faire des séjours dans les hôpitaux, à consulter un psychiatre puis un autre, à chercher en vain vers qui se tourner. À cause de son trouble obsessionnel-compulsif, c'est une situation d'affrontement constant, et Kenny ne coopère pas du tout. Il vivait dans la rue, et il était toujours angoissé et pris de panique parce qu'il ne savait pas où il était; était-il en sécurité? Il lui arrivait aussi de se présenter à mon studio, un itinérant, mon fils.

Nous cherchions désespérément. Nous avons enfin pu mettre mon fils en contact avec le système de services en santé mentale, qui fournissait des logements avec services de soutien. Rochelle Goldman, de la Fondation Chai Tikvah, nous a ouvert la porte. Les Habitat Services et l'organisme de la Canadian Occupational Therapy Association, la COTA, ont donné ce qu'il fallait pour faire face aux frais de subsistance quotidienne de Kenny. Cette aide importante a finalement permis à Kenny de trouver un emploi, de louer son propre appartement grâce à une subvention de Chai Tikvah, de prendre ses propres médicaments et de devenir responsable en répondant à ses besoins quotidiens.

Il n'existe pas de mots pour traduire les sentiments et le soulagement d'un parent qui voit enfin son fils ou sa fille fonctionner normalement et reprendre goût à la vie dans la collectivité et, surtout, dans sa famille. Cela me soulage de savoir que, lorsque nous disparaîtrons, notre enfant pourra toujours avoir un logement sûr et abordable.

En tant que parent, je remercie du fond du cœur les sources gouvernementales et je leur demande du même souffle qu'ils maintiennent leurs services de soutien.

J'aimerais rappeler ce qu'a dit Michael Wilson, vice-président du Forum provincial sur les groupes d'étude sur la mise en œuvre de la réforme des services de santé mentale. À son avis, les logements avec services de soutien étaient la pierre angulaire du processus de rétablissement. Sans ce type de logement, on n'a plus d'autre choix que les salles d'urgence, les prisons ou la rue.

M^{me} Linda Chamberlain, membre du Dream Team : Est-ce que je peux me lever? J'ai des fourmis dans les jambes. Bonjour, je souffre de schizophrénie paranoïde, de trouble bipolaire et d'alcoolisme.

No one really knows what it is like until they experience living in a dark, damp room with no windows, no refrigeration, no heat and no rights. At the time I felt fortunate just to have a roof over my head and a bed to sleep in. I paid \$550 a month for this, a cockroach-, a mouse-infested room with the bed springs that scratched my body. The bed springs made it impossible for me to sleep so I changed mattresses only to find the new mattress loaded with bed bugs. As horrible as this picture may seem, it was actually worse than I could describe. I was suffering from severe depression and finding myself in and out of hospital repeatedly. I lived in places like this for a good part of my life. Believe me, it was no life. I felt like a zombie and I was just going through the motions trying to survive, with no sense of self-esteem, self-respect, dignity, purpose or hope.

Then my life changed when I became involved in a program called Progress Place, a rehabilitation centre that gave me many opportunities and chances for self-growth. One of the best things that ever happened to me was the opportunity they gave me to move into mainstay housing. For the first time in my life I felt safe, I had support, and it was affordable.

When I first saw my one bedroom apartment, I could not believe it was mine. I did not think that I deserved such a beautiful place. I actually thought it might have been a mistake and it would be taken away from me. I had windows, they opened and I could see out; oh, the light, the sun. I could smell the grass and hear the birds. I had my own bedroom, my own washroom. I have a full kitchen with a stove and a refrigerator. Now I am able to cook my own meals and I can entertain with pride.

The most striking change to my life has been the privacy, peace, quiet and cleanliness: the space, why I am talking huge, my own apartment with a balcony. This has changed my attitude, dramatically affecting all parts of my life. I have worked several part-time jobs. I just finished being on the board of directors of Mainstay Housing. I am on the board of the Empowerment Council (Client Council) and a voice for clients' rights at the Centre for Addiction and Mental Health. I have done consultations through Progress Place training and have visited other programs, which has taken me across Canada, United States and abroad. I now recognize my rights as a person and as a tenant, and advocate for myself and others. My confidence is growing. Is it ever nice to be able to stand up for myself and say "no." My life has completely changed since I moved into my own apartment. It is not just an apartment. It is my home. I am now a productive member of society. Thank you.

On ne peut pas savoir à quoi ça ressemble tant qu'on n'a pas vécu dans une pièce sombre et humide, sans fenêtres, sans climatisation ni chauffage, et sans aucun droit. À l'époque, je me trouvais chanceuse tout simplement parce que j'avais un toit et un lit. Je payais 550 \$ par mois pour ça, une pièce infestée de coquerelles et de souris, avec un lit dont les ressorts s'enfonçaient dans ma peau. C'était impossible de dormir, alors je changeais de matelas, mais le nouveau matelas était infesté de punaises. Ça vous semble horrible, mais en fait, c'est pire que tout ce que je pourrais dire. Je souffrais de dépression grave et j'étais fréquemment hospitalisée. J'ai vécu dans des endroits comme ceux-là pendant une bonne partie de ma vie. Croyez-moi, ce n'est pas une vie. J'avais l'impression d'être un zombie et tout ce que je faisais, c'était simplement pour survivre; je n'avais pas d'estime ni de respect pour moi-même, aucune dignité, aucun objectif, aucun espoir.

Ma vie a changé quand j'ai commencé à participer à un programme qu'on appelle Progress Place. C'est un centre de réadaptation qui m'a de toutes sortes de façons donné l'occasion de croître sur le plan personnel. La plus belle chose qui me soit arrivée, grâce à ce centre, c'est que j'ai pu déménager dans un logement de l'organisme Mainstay Housing. Pour la première fois de ma vie, je me sentais en sécurité, j'avais de l'aide, et le loyer était abordable.

La première fois que je suis entrée dans le logement, qui comportait une chambre à coucher, je ne pouvais pas croire que c'était mon logement. Je ne croyais pas que je méritais de vivre dans un si bel endroit. Je croyais qu'on avait fait une erreur, et qu'on ne me laisserait pas là. Il y avait des fenêtres, elles s'ouvraient, je pouvais regarder dehors; oh! la lumière, le soleil. Je pouvais sentir l'odeur du gazon, et entendre les oiseaux. J'avais ma propre chambre à coucher, ma propre salle de bain. J'ai une cuisine complète, avec une cuisinière et un réfrigérateur. Je suis maintenant capable de préparer mes repas et je suis fière de pouvoir recevoir des invités.

Le changement le plus frappant, dans ma vie, c'était l'intimité, la paix, le calme et la propreté : l'espace, qu'est-ce que je dis, c'était immense, j'avais mon propre appartement avec un balcon. C'est cela qui m'a permis de changer d'attitude, qui a bouleversé tous les aspects de ma vie. J'ai eu plusieurs emplois à temps partiel. J'ai siégé au conseil d'administration de Mainstay Housing, mon mandat vient tout juste de se terminer. Je siège au conseil d'administration du Conseil d'habilitation (Empowerment Council - Client Council) et je défends aussi les droits des clients du Centre de toxicomanie et de santé mentale. J'ai participé à des consultations, dans le cadre de la formation de Progress Place, j'ai visité d'autres programmes, et ça m'a permis de voyager partout au Canada, aux États-Unis et à l'étranger. Je sais maintenant que j'ai des droits, en tant que personne et en tant que locataire, et je les défends pour mon compte et pour le compte des autres. J'ai de plus en plus confiance en moi. Quelle satisfaction de pouvoir se tenir debout et de dire « non ». Ma vie est complètement transformée depuis que j'ai déménagé dans mon propre appartement. Ce n'est pas seulement un appartement. C'est ma maison. Je suis maintenant un membre productif de la société. Je vous remercie.

Mr. Dufresne: Well, thanks, Linda. I have the unenviable task of following Linda and that is not an easy thing to do, but as you can see, The Dream Team members all have different stories. The bottom line is that none of us would be alive today without supportive housing, and I cannot stress enough that housing is the most basic of all human rights. None of us would be alive today without it. All three levels of government must be involved in creating more supportive housing. The homeless and mentally ill should not have less rights than everybody else just because they have less money.

I would like to tell you briefly about some of the things that we have done. We have taken our stories and messages to over 9,000 people. At our first annual fundraising concert two years ago, we launched a postcard campaign. The postcards were addressed to then-Premier Ernie Eves asking him to create more supportive housing. Opposition MPPs George Smitherman and Marilyn Churley presented the postcards to the legislature and backed our call for more supportive housing.

Now we have launched another campaign to get the current provincial Liberal government to keep its promise of providing 6,600 units of supportive housing. I have postcards with me and we are giving them out for all of you to sign.

The Dream Team also acquired party status at an Ontario Municipal Board hearing regarding a second St. Jude supportive housing project. Although the community council and Toronto City Council had given St. Jude permission to proceed with this project in the Dundas and Parliament area, a neighbourhood ratepayers group opposed the development and appealed to the Ontario Municipal Board.

A human rights lawyer representing The Dream Team warned the ratepayers that the purpose of the Ontario Municipal Board hearing was to discuss planning and zoning issues around the building and not the type of people who might be living in it. She also indicated that any discriminatory remarks about the people who might live there would result in a human rights case being filed against them.

As a result of The Dream Team participation, St. Jude won its case and all the ratepayers' concerns were dismissed. This was a precedent-setting case because it was the first time that NIMBYism has ever been challenged on a human rights ground. I believe that other supportive housing agencies will now use the strategy more and more often in the future.

M. Dufresne : Eh bien, Linda, merci. C'est à moi que revient la tâche peu enviable d'assurer la relève, après Linda. Ce n'est pas une chose facile, mais, comme vous le voyez, les membres du Dream Team ont tous une histoire différente. En fin de compte, aucun parmi nous ne serait en vie aujourd'hui sans le logement avec services de soutien; je ne dirai jamais assez que le logement est l'un des droits les plus fondamentaux d'une personne. Sans logement, aucun d'entre nous ne serait en vie aujourd'hui. Il faut que les trois ordres de gouvernement soutiennent la création d'un plus grand nombre de logements avec services de soutien. Les sans-abri et les malades mentaux ne devraient pas avoir moins de droits que les autres seulement parce qu'ils ont moins d'argent.

Je vais vous raconter brièvement certaines des choses que nous avons faites. Nous avons raconté notre histoire et transmis notre message à plus de 9 000 personnes. Il y a deux ans, dans le cadre de notre premier concert-bénéfice annuel, nous avons lancé une campagne de cartes postales. Les cartes postales étaient adressées au premier ministre de l'époque, Ernie Eves, et on lui demandait de créer plus de logements avec services de soutien. George Smitherman et Marilyn Churley, députés provinciaux de l'opposition, ont remis des cartes postales aux membres de leur assemblée législative, et ils ont soutenu notre demande de création de logements avec services de soutien.

Nous venons de lancer une autre campagne pour demander au gouvernement provincial libéral actuel de respecter sa promesse et de fournir 6 600 unités de logements avec services de soutien. J'ai apporté des cartes postales. Nous vous les distribuons, nous vous demandons de bien vouloir les signer.

Le Dream Team a aussi acquis le statut de partie aux audiences de la Commission des affaires municipales de l'Ontario dans une affaire qui concerne un deuxième projet de logements avec services de soutien à St. Jude. Bien que le conseil communautaire et le conseil municipal de Toronto aient donné à St. Jude la permission de mettre en œuvre son projet, dans le coin de Dundas et Parliament, un groupe de contribuables du quartier s'est opposé au développement et a interjeté appel devant la Commission des affaires municipales de l'Ontario.

Une avocate en droits de la personne représentait le Dream Team. Elle a indiqué aux contribuables que l'objectif des audiences de la Commission des affaires municipales de l'Ontario était de discuter d'urbanisme et des questions de zonage de l'édifice, pas du type de personnes qui y habiteraient. Elles les a aussi prévenus : toute remarque discriminatoire à l'encontre des personnes qui y vivraient pouvait justifier des poursuites relatives aux droits de la personne.

Grâce à la participation du Dream Team, St. Jude a gagné son procès, et toutes les revendications des contribuables ont été rejetées. Cela créait un précédent, puisque c'était la première fois que l'on s'attaquait au syndrome Pas dans ma cour en invoquant les droits de la personne. Je crois que d'autres organismes de logement avec services de soutien recourront de plus en plus à cette stratégie à l'avenir.

We have also developed a train-the-trainer model to help other consumer groups in creating their own organizations similar to The Dream Team. Last year we helped a group in Waterloo start up its own Dream Team which they call WISH, Waterloo Initiative for Supportive Housing.

The Dream Team has also produced a video of its work which we are happy to share with you. We also have a website which is www.thedreamteam.ca. Our organization runs on an empowerment model. All our decisions are made by consumers who are the majority of the members. Currently, we have two part-time staff to support our work. We are constantly looking for funding to ensure that we can continue the work we do. Just coming here making a presentation to your commission is an expense. Consumer initiatives like ours should be able to find permanent funding.

The Dream Team won the 2002 Ontario Non-Profit Housing Association Tenant Achievement Award for its work in the non-profit housing sector. Many of our members have also won individual awards for their volunteer work, but none of this would have been possible if we did not have supportive housing to begin with.

The reason why we call ourselves The Dream Team is because to us supportive housing is truly a dream-come-true, and we want our dream for safe, secure housing to be a reality for everyone.

In conclusion, I want to emphasize the importance of supportive housing as an essential component of the recovery process. As we demonstrate through our work, once people who live with mental illness find supportive housing, they are able to contribute to society and rebuild their lives. Thank you for having us here today.

The Chairman: May I thank all three of you for coming. Can I just ask a timing question? Do you have to leave in a hurry or can you stay for a bit?

Mr. Dufresne: We can stay.

The Chairman: Okay, good. I was under the impression from something Ms. McFarlane said that maybe you could not. Normally, what I would do is hear from the rest of the panel and we would ask everybody questions at the same time. Ms. McFarlane, over to you then.

Ms. Becky McFarlane, Partnership Coordinator, Ontario Council of Alternative Businesses: I think Diana and Pat Capponi both spoke this morning and spoke to some of the alternative businesses that exist here in Toronto.

OCAB is an organization that is committed to creating employment —

The Chairman: OCAB is?

Nous avons aussi élaboré un modèle de formation des formateurs pour aider d'autres groupes de consommateurs à mettre sur pied des organisations semblables au Dream Team. L'année dernière, nous avons aidé un groupe de Waterloo à mettre sur pied son propre Dream Team, le groupe s'appelle WISH, Waterloo Initiative for Supportive Housing.

Le Dream Team a aussi produit un vidéo de son travail; c'est avec plaisir que nous vous le remettons. Nous avons aussi créé un site Web, www.thedreamteam.ca. Notre organisation reflète le modèle de l'habilitation. Toutes nos décisions sont prises par les consommateurs, les plus nombreux de nos membres. À l'heure actuelle, deux employés à temps partiel soutiennent notre travail. Nous sommes constamment à la recherche de financement, parce que nous veillons à ce que le travail que nous faisons puisse se poursuivre. D'ailleurs, le simple fait de se présenter devant votre Commission entraîne des dépenses. Des projets de consommateurs comme le nôtre devraient pouvoir trouver un financement permanent.

Le Dream Team a gagné en 2002 un prix honorifique de l'Ontario Non-Profit Housing Association Tenant Achievement pour souligner le travail des locataires dans le domaine du logement sans but lucratif. Bon nombre de nos membres ont aussi gagné des prix individuels pour leur bénévolat, mais il faut rappeler que rien de cela n'aurait été possible si nous n'avions pas d'abord pu compter sur les logements avec services de soutien.

La raison pour laquelle nous nous appelons le Dream Team, c'est que, pour nous, le logement avec services de soutien est réellement la réalisation d'un rêve. Nous voulons qu'un logement sûr soit non plus un rêve, mais une réalité pour tout le monde.

Pour terminer, j'aimerais souligner l'importance du logement avec services de soutien, qui est un élément essentiel du processus de rétablissement. Comme le montre l'ensemble de notre travail, une fois que les personnes souffrant de maladie mentale trouvent un logement avec services de soutien, elles sont capables de contribuer à la société et de recommencer à vivre. Merci de nous avoir reçus ici aujourd'hui.

Le président : J'aimerais vous remercier, tous les trois, d'être venus. Puis-je vous poser une question au sujet de votre horaire? Devez-vous partir tout de suite, ou pouvez-vous rester un peu?

M. Dufresne : Nous pouvons rester.

Le président : D'accord, c'est bien. J'avais l'impression, à cause de quelque chose que Mme McFarlane a dit, que vous ne pouviez peut-être pas rester. Normalement, j'aimerais entendre les autres membres du groupe, après quoi nous poserons nos questions à tout le monde à la fois. Madame McFarlane, c'est maintenant votre tour.

M^{me} Becky McFarlane, coordonnatrice des partenariats, Ontario Council of Alternative Businesses : Je crois que Diana et Pat Capponi ont présenté un exposé ce matin, et qu'elles ont parlé de certaines entreprises de remplacement qui existent à Toronto.

L'OCAB est un organisme voué à la création d'emplois...

Le président : L'OCAB, c'est quoi?

Ms. McFarlane: The Ontario Council of Alternative Businesses is an organization that is committed to creating employment opportunities for psychiatric survivors through the development of survivor-run businesses. Currently, OCAB owns and operates four alternative businesses, three of which are in Toronto and one of which is in Peterborough, Ontario.

The Raging Spoon is a catering company and restaurant that is located downtown, and it provides employment opportunities to about 20 individuals.

Out of this World Café and Espresso Bar is a canteen and espresso bar that is operated out of the Centre for Addiction and Mental Health, Queen Street site, and provides employment to approximately 30 individuals. It is important to note that Out of this World Café was a vocational rehabilitation program that was being run by the Centre for Addiction and Mental Health, and almost three years ago they divested it to our organization to be run as an alternative business.

Parkdale Green Thumb Enterprises, which is a landscaping business in Parkdale here in Toronto does a lot of streetscaping for local business improvement associations. They do all the plant maintenance, I think, for business improvement associations now in Toronto and provide opportunities to upwards of 40 survivors.

Then Crazy Cooks Catering, which is a catering company in Peterborough, provides employment opportunities for almost 20 individuals.

It is our experience and certainly not a shock to report that employment or the ability to have a job is an integral part to a person's being whether they are survivor or not. OCAB has had much success with the alternative business model. The individuals working within the business have had much success as employees and as contributors to a community and to an economy. There are a million things I could say to you this afternoon and it was very difficult for me to try to narrow it down to five to seven minutes so I am going to highlight a few things.

One of the things I want to highlight is that there is a major challenge that we face when it comes to providing employment to the survivor community and that is the maximum allowable earnings of Ontario Disability Support Program, ODSP. If someone is on ODSP, Ontario Works, OW, or welfare, the maximum amount they are allowed to make before their benefits are clawed back on ODSP is \$160 and on OW is \$143.

The Chairman: Sorry, per week?

Ms. McFarlane: Per month. If individuals make more than \$160 in a month and they are on benefits, with ODSP the maximum you can get is \$930 a month, and with Ontario Works the maximum you can get is \$520 a month, if you are an

Mme McFarlane : L'Ontario Council of Alternative Businesses est un organisme voué à la création de débouchés économiques pour les personnes ayant un passé psychiatrique grâce à la mise sur pied d'entreprises dirigées par ces survivants du système psychiatrique. À l'heure actuelle, l'OCAB possède et exploite quatre entreprises parallèles, dont trois à Toronto et une, à Peterborough, en Ontario.

L'entreprise Raging Spoon offre un service de traiteurs; c'est aussi un restaurant situé au centre-ville qui fournit de l'emploi à quelque 20 personnes.

Le centre de toxicomanie et de santé mentale, de la rue Queen, exploite le café Out of this World Café and Espresso Bar, un établissement qui est à la fois une cantine et un café, qui fournit de l'emploi à environ 30 personnes. Il est important de signaler que Out of this World Café était autrefois un programme de réadaptation dirigé par le Centre de toxicomanie et de santé mentale. Il y a presque trois ans, le Centre a cédé l'établissement à notre organisme pour que l'on en fasse une entreprise parallèle.

Il y a aussi Parkdale Green Thumb Enterprises, qui s'occupe d'aménagement paysager à Parkdale, ici à Toronto, qui veille à la propreté des rues pour le compte d'associations locales d'amélioration des affaires. Green Thumb s'occupe, si j'ai bien compris, de l'entretien des plantes pour les associations d'amélioration des affaires de Toronto; plus de 40 survivants y ont trouvé un emploi.

Enfin, l'entreprise Crazy Cooks Catering, un service de traiteurs de Peterborough, offre des possibilités d'emploi à près de 20 personnes.

Notre expérience nous permet d'affirmer, et cela ne surprendra personne, que l'emploi ou la capacité d'avoir un emploi est une composante essentielle de la personne, qu'elle ait un vécu psychiatrique ou non. L'OCAB a très bien réussi grâce au modèle des entreprises parallèles. Les personnes qui travaillent dans ces entreprises réussissent très bien en tant qu'employés, mais aussi en tant que participants à la vie communautaire et économique. J'aurais des milliers d'exemples à vous donner cet après-midi, et il a été très difficile pour moi d'essayer de résumer tout cela en cinq à sept minutes. Je vais donc vous donner un bref aperçu de quelques aspects.

J'aimerais attirer votre attention sur un des grands problèmes auxquels nous nous butons quand nous cherchons à fournir un emploi aux survivants du système psychiatrique. Le problème concerne le montant du revenu maximum admissible fixé par le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, le POSPH. Une personne qui reçoit des prestations du POSPH ou d'Ontario au travail, ou encore de l'aide sociale, verra ses prestations réduites si elle gagne plus que le revenu maximum admissible. Le revenu est fixé à 160 \$ pour le POSPH, et à 143 \$, pour Ontario au travail.

Le président : Je m'excuse, par semaine?

Mme McFarlane : Par mois. Si une personne gagne plus de 160 \$ au cours d'un mois et qu'elle reçoit des prestations, elle n'aura jamais plus que 930 \$ par mois du POSPH ou 520 \$ par mois d'Ontario au travail. On parlera seulement du POSPH,

individual. You can make \$160 a month so we will just talk about ODSP. Ontario Works is a bit less. After \$160 a month, the government takes 75 cents on every dollar you earn.

There are a lot of reasons why people are hesitant to work above the \$160. Part of it is that there is really not a lot of incentive to work when money is being clawed back, but a bigger reason, I think, that people do not want to make above the \$160 is simply because you get into a whole bureaucracy. If, in one month you make more than \$160, they take money off your cheque. If the next month you do not, sometimes they put your cheque on hold because they think perhaps you did not report as much, and there is this whole process where people get caught up in the system. Most people who work within our businesses say we do not want to make above \$160 per month. It makes it very difficult to get people who want to work full-time into full-time jobs. I think for people who have medication costs and health care costs, to go off ODSP and risk losing their drug benefit card to get a job that pays \$10 an hour or minimum wage — which is \$7.40 I think right now, it just went up — is impossible. Again, people get trapped. They get stuck. People want to work but there are barriers that prevent people from working.

Another issue is that OCAB has had a lot of trouble maintaining funding. Everybody hails the alternative business model as a best practice. Each business probably has a waiting list of 150 to 200 people, at any given time, who want to work. Trying to get funding to create new opportunities and even trying to get funding to maintain what we have is a problem.

Right now we are in a situation where at the end of March one of our businesses is in jeopardy of closing down because there has been no commitment of annualized funding to continue. We are looking at layoffs at another business because money is not available to continue with those positions. It is hailed as a best practice but trying to find funding is difficult.

The last thing too is I want to say it is very frustrating when you have hundreds of people calling and coming to the door wanting work and there are no opportunities that exist for people.

In the most recent report on the needs of specific population groups, you have listed a number of groups: children, adolescents, Aboriginal peoples, people with complex needs and seniors.

I wanted to recommend that you add another category that you could simply call, poor people. For too long there has been, in my opinion, a blind ignorance when it comes to acknowledging the poverty that our community continues to experience. It is absolutely impossible to deal with the question of system reform without dealing with the broader issues that contribute to its failures. I would argue that the experience of poverty and hopelessness is one of the major contributing factors to the poor

parce qu'on peut gagner 160 \$ par mois. Ontario au travail, c'est un peu moins. Pour tout ce qui dépasse 160 \$ par moi, le gouvernement prélève 75 sous sur chaque dollar gagné.

Les gens hésitent à gagner plus de 160 \$ pour plusieurs raisons. C'est en partie parce qu'il n'est pas très motivant de travailler lorsque l'on doit redonner une partie de son salaire. Mais c'est surtout, je crois, parce que les personnes qui gagnent plus de 160 \$ se retrouvent prises dans un système bureaucratique complexe. Si une personne gagne plus de 160 \$ au cours d'un mois donné, on fera une retenue sur son chèque. Si elle ne gagne pas plus que ce montant, le mois suivant, il peut arriver qu'ils retiennent le chèque en pensant que sa déclaration n'était pas aussi élevée. C'est ainsi qu'une personne tombe dans le piège du système. La plupart des employés de nos entreprises disent ne pas vouloir gagner plus que 160 \$ par mois. C'est très difficile de convaincre les personnes qui veulent travailler à temps plein d'obtenir un emploi à temps plein. Je crois que les personnes qui doivent assumer le coût de leurs médicaments et de leurs soins de santé craignent d'abandonner le POSPH et leur droit à l'assurance-médicaments pour aller travailler à 10 \$ l'heure ou au salaire minimum — qui est de 7,40 \$ aujourd'hui, si je ne me trompe pas, il vient d'augmenter — c'est impossible. Encore une fois, les gens sont pris au piège. Ils sont bloqués. Les gens veulent travailler, mais il y a des obstacles.

L'autre problème, c'est que l'OCAB a eu beaucoup de difficulté à obtenir du financement. Tout le monde proclame que le modèle des entreprises parallèles est une pratique exemplaire. Pour chaque entreprise, il y a toujours une liste d'attente de 150 ou 200 personnes qui veulent travailler. Pourtant, il est toujours difficile d'obtenir du financement pour créer de nouveaux débouchés ou même pour conserver nos acquis.

À l'heure actuelle, nous sommes dans une situation — à la fin du mois de mars, une de nos entreprise risque de fermer ses portes. On n'a pas encore confirmé que le financement annuel serait maintenu. Nous envisageons de procéder à des mises à pied, dans une autre entreprise, parce qu'il n'y a pas d'argent pour conserver ces postes. C'est une pratique exemplaire, tout le monde le dit; pourtant, nous avons de la difficulté à trouver du financement.

J'ajouterais une dernière chose : il est très frustrant de devoir annoncer aux centaines de personnes qui téléphonent ou qui viennent à notre bureau parce qu'elles veulent un emploi et qu'il n'y a pas de débouchés pour elles.

Dans le dernier rapport sur les besoins de groupes de population spécifiques, vous avez dressé une liste de groupes visés : les enfants, les adolescents, les Autochtones, les personnes présentant des besoins complexes, les personnes âgées.

J'aimerais vous recommander d'ajouter une autre catégorie qui s'appellerait tout simplement les pauvres. On fait preuve à mon avis depuis trop longtemps d'une ignorance crasse lorsqu'il s'agit de la pauvreté qui perdure dans notre collectivité. Il sera absolument impossible de régler la question de la réforme du système sans régler aussi les grandes questions qui expliquent ses échecs. Je crois pouvoir affirmer que l'expérience de la pauvreté et de l'absence d'espoir est un des principaux facteurs de la mauvaise

mental health of many, and I would go so far as to say the majority, of our community. I think you have heard some stories already, and the issue of poverty comes up again and again. I could sit here all afternoon and tell you stories of people, a number of whom, perhaps, were laid off from their jobs. Most people, who are not much more than a paycheque or two away from having nothing, end up losing their job and end up in substandard housing. That experience is depressing.

I am working with a woman right now who had a \$50,000 a year job, was laid off at the age of 50, ended up living in a bachelor apartment in Parkdale, got depressed, was hospitalized, got out of hospital, and was told you probably will never work. She is currently caught up in the ODSP system trying to get ODSP benefits, is living on welfare, and people are telling her, do not work. There is probably no chance that you are going back to work. You are too sick. She is buying into that. That is something that we see over and over again; zero expectations of people in our community.

My point here is not to refute the existence of mental illness or to suggest that the impact of poverty is the only thing to be considered, but it is undeniably huge and is going to have to be dealt with if there is ever going to be a system that works.

Adequate housing, access to nutritious and affordable food, links to quality primary health care, meaningful employment, and links to a community are all essential to a person's mental health. If a person's basic human needs are not being met, it is ridiculous to think that there is anything the mental health system can do that will be helpful. When you have no home, no food and no hope, a more humane system is not going to make much of a difference.

I think when we look at system reform, there needs to be an understanding that perhaps we can make it better for future users and learn from past mistakes, but I also want to be clear that there are a number of people who have been horribly damaged by the system in the past. As the system changes, people who have been damaged by the system in the past are not necessarily going to jump up and trust that the system is better. I think we need to remember, regardless of whether people are interacting with the mental health system because there are many survivors who are not now and who have no interest in doing so, that their needs as well are met.

Our community has been devastated. The impact of long-term institutionalization, poverty, the side effects of medications and hopelessness, again, has created a darkness in which we move and we live. I think getting up each day and seeing it through is an act of courage that most could barely comprehend, not just because of living substandardly, living with hunger, and living with the

santé mentale d'un grand nombre de membres de notre collectivité, et j'irais jusqu'à dire de la plupart d'entre eux. Vous avez déjà entendu quelques histoires, et le problème de la pauvreté revient encore et encore sur la table. Je pourrais passer l'après-midi à vous raconter l'histoire de personnes dont un certain nombre ont peut-être perdu leur emploi. Ces personnes qui n'ont absolument rien, sauf peut-être un chèque de paie ou deux, finissent pour la plupart par perdre leur emploi et aboutissent dans des logements insalubres. C'est une expérience déprimante.

Ces temps-ci, je travaille avec une femme qui gagnait 50 000 \$ par année; on l'a mise à pied lorsqu'elle avait 50 ans. Elle a fini par louer un studio à Parkdale, elle est tombée dans la dépression, a été hospitalisée, est sortie de l'hôpital, et on lui a dit qu'elle ne trouverait probablement jamais un autre emploi. À l'heure actuelle, elle est prise dans le système du POSPH pour essayer d'en tirer les prestations, elle vit de l'aide sociale, et les gens lui disent de ne pas travailler. On lui dit qu'elle n'a presque aucune chance de trouver un autre emploi. Qu'elle est trop malade. Et elle accepte tout cela. Nous voyons ça souvent : il n'y a aucune attente en ce qui concerne les gens de notre collectivité.

Ce que j'essaie de vous faire comprendre, ce n'est pas que la maladie mentale n'existe pas, mais qu'il faut seulement tenir compte des répercussions de la pauvreté; elles sont pourtant énormes, impossible de le nier, et il faudra y voir si on veut un système qui fonctionne.

Un logement adéquat, la possibilité de trouver des aliments nutritifs à prix abordables, des liens vers des soins de santé primaires de qualité, un emploi valorisant et des liens avec la communauté, tous ces éléments sont essentiels à la santé mentale d'une personne. Si une personne n'est pas capable de répondre à ses besoins fondamentaux, il est ridicule de penser que le système de santé mentale pourra faire quelque chose d'utile. Pour une personne qui n'a pas de logement, pas de nourriture et aucun espoir, ce n'est pas un système plus humain qui fera la différence.

À mon avis, quand nous envisageons la réforme du système, il faut comprendre qu'on pourra peut-être l'améliorer pour des futurs utilisateurs et apprendre de nos erreurs; j'aimerais toutefois préciser clairement que le système, dans le passé, a causé d'effroyables préjudices à de nombreuses personnes. Le système peut évoluer, mais les personnes qui ont été lésées par ce système, dans le passé, ne vont pas nécessairement sauter de joie et croire qu'il s'agit d'un meilleur système. Nous ne devons pas oublier qu'il faut aussi répondre aux besoins des personnes souffrant d'une maladie mentale, qu'elles interagissent ou non avec ce système, parce que bien des survivants ne l'utilisent pas et ne voient pas l'intérêt de l'utiliser.

Notre collectivité a été dévastée. Les répercussions de l'institutionnalisation à long terme et de la pauvreté, les effets secondaires des médicaments et l'absence d'espoir, encore une fois, ont fait tomber l'obscurité sur toutes nos activités et sur notre vie. Je crois que, pour se lever chaque matin et pour avancer, il faut un courage que la plupart d'entre nous pouvons à

effects of medication; not only because of those things but because the way society looks at us is wrought with judgment, discrimination, anger and at times hatred.

I read all your biographies before I came here and was, of course, struck by the leadership that I think you have all displayed. I wanted to point out that there is another group of leaders in this room and they are the leaders that you are hearing from today.

This morning you heard from Diana and Pat Capponi who both continue to be leaders in a community that is starved for leadership. I am sitting here in a panel with individuals who are leading a struggle to change the conditions in which we live and love. You heard from family members who are clearly fighting passionately for change and it is an honour to be sitting here and talking to you with the other people that have been talking today and will be talking, I know, over the next couple of days.

I wanted to talk a bit about expectations. As a community, we have been told to expect nothing of ourselves, and as a youth who was interacting with the system, I was similarly told to expect nothing of myself.

I think it is really important to realize that, unless you put expectations on people, they will not rise to meet those expectations. I think it was someone who was speaking earlier from the Ontario Ministry of Health and Long-term Care who was talking about a vocational rehabilitation program where there was on-site job coaching and people available if a crisis were to come up. I wanted to say proudly that in the businesses we own and operate, there are no job coaches on site and there have been no crises to deal with. We set very high expectations of the employees in the businesses and they meet those challenges. If you raise the bar, people will meet it. You cannot set it low because if you set it low, people will not rise above it, or some people will not rise above it. I think it is not fair to do that. We need to expect a lot.

Helen Hook spoke this morning about the need to build peer support within the system and I wanted to support that recommendation, but I want to be clear that these opportunities cannot be token ones. They deserve to be paid positions and paid at a wage that is a life-worth-living wage; not a living wage, a life-worth-living wage. Again, paying people \$8, \$9 or \$10 an hour is not enough for them to meet their basic needs, particularly in Toronto where the cost of a bachelor apartment is more than what you get in a month from welfare.

The system is not some monolithic machine that every so often needs to be tweaked, repaired or replaced. The system is made up of individuals and I think that we all need to take responsibility.

peine comprendre; je ne parle pas simplement des logements insalubres, de la faim et des effets des médicaments, avec lesquels nous devons vivre. Si ça prend du courage, ce n'est pas seulement à cause de ça, mais aussi parce que le regard que jette sur nous la société est empreint de préjugés, de discrimination, de colère et, parfois, de haine.

Avant de me présenter ici, j'ai lu toutes vos notices biographiques. Ce qui m'a frappée, évidemment, c'est que vous faites tous preuve d'un grand leadership. Je voulais faire valoir qu'il y a, dans cette salle, un autre groupe de leaders, et c'est eux qui ont la parole aujourd'hui.

Ce matin, vous avez entendu Diana et Pat Capponi, qui sont toujours des leaders dans une collectivité qui a un énorme besoin de leaders. Je fais partie d'un groupe de personnes qui mènent la lutte en vue de modifier nos conditions de vie, les conditions dans lesquelles nous aimons. Vous avez entendu des personnes qui luttent de toute évidence avec passion pour un membre de leur famille en exigeant du changement. C'est un honneur pour moi d'être ici aujourd'hui pour vous parler, d'être avec les autres personnes qui parleront aujourd'hui et qui parleront, je sais, pendant encore quelques jours.

Je voulais parler un peu des attentes. Comme membres d'une collectivité, on nous a dit de ne rien attendre de nous-mêmes. Quand j'étais jeune, quand j'utilisais le système, on m'a dit, là aussi, de ne m'attendre à rien en ce qui me concernait.

Je crois qu'il est vraiment important de comprendre qu'il faut exprimer ses attentes envers une personne si on veut qu'elle fasse quelque chose pour y répondre. Quelqu'un a parlé ce matin, je crois que c'était la représentante du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, qui parlait d'un programme de réadaptation en milieu de travail où il y avait un formateur en milieu de travail et une personne disponible pour les situations de crise. J'aimerais dire, fièrement, que dans les entreprises que nous exploitons, il n'y a pas de formateurs en milieu de travail et nous n'avons pas de situations de crise. Nous fixons des attentes très élevées pour les employés de l'entreprise, et ils doivent répondre à ces attentes. Si vous mettez la barre plus haute, les gens l'atteindront. Si les attentes ne sont pas assez élevées, personne ne les dépassera, ou en fait, plusieurs ne les dépasseront pas. Ce n'est pas juste. Nous devons fixer des attentes élevées.

Helen Hook a parlé ce matin de la nécessité de mettre en place des programmes d'entraide, dans le cadre du système, et je voulais appuyer sa recommandation. Je veux cependant être claire : il ne faut pas que ces postes restent symboliques. Ces postes méritent d'être rémunérés, et le salaire doit permettre de vivre; pas de survivre, de vivre. Je le répète, un salaire de 8 \$, 9 \$ ou 10 \$ l'heure n'est pas suffisant puisqu'il ne leur permet pas de combler leurs besoins fondamentaux, particulièrement à Toronto, où un studio coûte plus que le montant des prestations mensuelles de l'aide sociale.

Le système, ce n'est pas une machine monolithique qu'il faut de temps à autre rafistoler, réparer ou remplacer. Le système est fait de personnes; je crois que nous avons tous une responsabilité à prendre.

It feels very strange for me to sit here and try to speak to you about the conditions that we live in. I believe there is not a writer or artist who could write or paint that story or these stories. The words that I offer are a pale representation. I sit here in this beautiful room and extend to you an invitation to come and walk with me in my world, to tour the businesses and to meet the leaders and developing leaders of my community. As I said, there are three here in Toronto and one in Peterborough. I extend this invitation for two reasons. The first is because to understand, you must see firsthand what is happening on the ground. Number two is, if we truly are going to make changes to the system, we will need to work together; you as obvious leaders, and we as not-so-obvious but equally powerful leaders. I cannot promise people will not be angry, will trust your motivations or trust that you understand. We cannot expect that change or trust will happen overnight but, as leaders, I think we all know that leadership is not easy, that we will not always be accepted or respected, but we lead regardless because it is not easy, it is a challenge, and it must be done. This is sincerely a humble invitation, a heartfelt invitation and perhaps even a risky invitation but a worthwhile risk. I thank all of you for the opportunity to speak here today and I look forward to better days to come.

The Chairman: Thank you, Ms. McFarlane. Our last speaker before we turn to questions is Jennifer Chambers, who is the coordinator of the Empowerment Council, which is in some way associated with the Centre for Addiction and Mental Health but I am not quite sure how.

Ms. Jennifer Chambers, Coordinator, Empowerment Council: The Empowerment Council is an independent, member-run organization consisting entirely of people who are psychiatric consumers, survivors and people with addictions. We are located at the Centre for Addiction and Mental Health and funded by the centre, but we take our direction from our membership.

The Chairman: You are independent from the centre although that is where you are funded from and that is really who you deal with in large measure.

Ms. Chambers: That's right.

The Chairman: Thank you.

Ms. Chambers: We are an advocacy organization. We conduct systemic advocacy primarily on behalf of the 20,000 clients for the Centre for Addiction and Mental Health.

Advocacy means our people having a voice in matters that affect us, as long as the voice that is heard is indeed our voice and no one else's. Most often we are silenced by social exclusion and drowned out by voices that claim to speak for us. By speaking to you in this forum, we are trying once again to achieve our basic

C'est très étrange pour moi d'être ici à essayer de vous décrire nos conditions de vie. Je crois qu'aucun écrivain ni aucun artiste n'arriverait à rendre compte de ces histoires. Les mots que j'utilise n'offrent qu'une pâle représentation. Je me retrouve assise dans cette magnifique salle, et je vous invite à venir faire une promenade dans mon monde, à visiter les entreprises, rencontrer les leaders et ceux qui deviendront les leaders de ma collectivité. Comme je l'ai déjà dit, nous avons trois entreprises ici, à Toronto, et une autre, à Peterborough. Si je vous invite, c'est pour deux raisons. La première, c'est que je veux que vous compreniez, que vous voyiez de vos propres yeux ce qui se passe sur le terrain. La deuxième raison, c'est que si nous voulons vraiment modifier le système, nous devons travailler côte à côte; vous êtes évidemment les leaders, mais nous sommes, de façon moins évidente, mais tout aussi réelle, des leaders puissants. Je ne peux pas vous promettre que personne n'éprouvera de colère, que l'on croira en vos motifs, ni qu'on vous comprendra. On ne doit pas s'attendre à ce que, d'un jour à l'autre, le changement se réalise ou que la confiance naisse. Pourtant, en tant que leaders, nous savons tous, je crois, que ce n'est pas facile d'être un leader, que nous ne sommes pas toujours acceptés ou respectés, mais nous jouons néanmoins ce rôle parce que ce n'est pas facile, c'est un défi, et il faut que quelqu'un l'assume. Je vous invite sincèrement et en tout humilité, c'est une invitation qui vient du fond du cœur. Il y a peut-être un risque, mais il vaut la peine de le courir. Merci de m'avoir donné l'occasion de vous parler ici, aujourd'hui, et j'espère que l'avenir nous réserve des jours meilleurs.

Le président : Merci, madame McFarlane. Nous accueillons pour finir, avant les questions, Mme Jennifer Chambers, coordonnatrice du Conseil d'habilitation, organisme qui est en quelque sorte associé au Centre de toxicomanie et de santé mentale, mais je ne sais pas exactement en quoi.

Mme Jennifer Chambers, coordonnatrice, Conseil d'habilitation: Le Conseil d'habilitation est un organisme indépendant, dirigé par les membres. Ceux-ci sont tous des consommateurs de soins psychiatriques, des survivants et des toxicomanes. Nos locaux sont situés au Centre de toxicomanie et de santé mentale, et nous sommes financés par le Centre. Cependant, toutes les décisions sont prises par nos membres.

Le président : Vous êtes indépendants du Centre, pourtant c'est lui qui vous finance, et vous traitez dans une large mesure avec lui, en réalité.

Mme Chambers : C'est cela.

Le président : Merci.

Mme Chambers : Nous sommes un organisme de promotion et de défense des droits. Nous défendons nos droits à l'intérieur du système et nous parlons surtout au nom des 20 000 clients du Centre de toxicomanie et de santé mentale.

La promotion et la défense des droits supposent que les personnes que nous représentons peuvent s'exprimer sur les questions qui nous concernent, dans la mesure où l'opinion que l'on exprime est bien la leur, et pas celle de quelqu'un d'autre. La plupart du temps, on ne nous entend pas, parce que la société

human rights and necessities of life; to persuade you that we want our self-defined needs met, not our needs according to those that are claimed to be ours by others.

By the way, let me encourage you to read the paper that we submitted because I am a little more articulate in print than I am in speaking, and it is not as cumbersome as it may appear. Most of it is attachments for the convenience of your research staff — appendices.

We appreciate the effort made to include a greater proportion of our community in this forum than in the earlier consultations, yet we are still a minority in discussions about our own lives, which is, in part, a reflection of the fact that we are excluded from power throughout most of the mental health system in Canada.

The word “advocacy” means to give voice to. Clearly, we need better opportunities to be heard in all matters that affect us because we have much to say. Our voice should not be confused with anyone else’s voice. Our interests are not the same as those of families or service providers, although they may overlap at times but that is for us to say.

On behalf of organizations of psychiatric survivors and people with addictions, we have been involved in numerous court cases. I facilitated our intervention in four Supreme Court cases and three inquests which were remarkably successful in having our rights respected under the Canadian Charter of Rights and Freedoms.

However, the need to have our rights acquired in this fashion is time-consuming, piecemeal and often counteracted by the tremendous efforts made by service providers to thwart the meaning of the Supreme Court of Canada’s rulings.

Ongoing advocacy is needed with a coordinated national strategy. As noted by McCubbin and Cohen in *The Rights of Users in the Mental Health System: the Tight Knot of Power, Law and Ethics*, “rights are not protected because they are rights, they are rights because they are protected.” They observe that the very term “right” is today being distorted by rights opponents by applying such terms as “right to treatment” and justifying more force treatment.

nous exclut ou que d’autres personnes, qui prétendent parler en notre nom, parlent plus fort que nous. En venant vous parler, dans le cadre de la présente tribune, nous essayons encore une fois de faire respecter nos droits et nos besoins fondamentaux, en tant que personnes. Nous essayons aussi de vous convaincre que les besoins qu’il s’agit de combler, nous pourrions les définir nous-mêmes; nous ne laisserons personne d’autre dire quels sont nos besoins.

En passant, j’aimerais vous encourager à prendre connaissance du document que nous vous avons présenté. Je suis plus claire lorsque j’écris que lorsque je parle, et ce ne sera pas aussi long que ça en a l’air. Le document consiste en grande partie en annexes — nous avons pensé qu’elles pourraient être utiles à votre personnel de recherche.

Nous apprécions que vous ayez pris la peine d’inviter un nombre relativement plus élevé de représentants de notre collectivité à votre tribune. Nous y sommes proportionnellement plus nombreux que lors des précédentes consultations, mais nous sommes quand même minoritaires dans les discussions qui concernent notre propre vie. Ça s’explique en partie par le fait que nous sommes exclus du pouvoir dans presque toutes les sphères du système de santé mentale du Canada.

Quand on parle de promotion et de défense des droits, on parle de donner la parole. Il est clair que nous devons avoir de meilleures tribunes sur lesquelles nous faire entendre pour toutes les questions qui nous touchent; nous avons beaucoup à dire. Et notre voix ne doit pas être confondue avec celle des autres. Nos intérêts ne sont pas les mêmes que ceux des familles ou des fournisseurs de services; ils peuvent parfois se chevaucher, mais c’est à nous de le dire.

Nous avons représenté des organismes de survivants des soins psychiatriques et des organismes de personnes dépendantes dans de nombreux procès. C’est moi qui ai défendu nos droits dans quatre affaires portées devant la Cour suprême et dans trois enquêtes. Les résultats ont été extraordinaires, et nous avons pu faire respecter nos droits en vertu de la Charte canadienne des droits et libertés.

Nous sommes obligés de défendre nos droits de cette manière, mais cela prend beaucoup de temps, c’est un processus parcellaire et, souvent, notre travail est anéanti par des fournisseurs de services qui se démènent pour biaiser la signification des décisions de la Cour suprême du Canada.

Il faut continuer de promouvoir et de défendre nos droits, et nous avons besoin pour cela d’une stratégie coordonnée à l’échelle nationale. Comme l’indiquent McCubbin et Cohen dans leur ouvrage *The Rights of Users in the Mental Health System : the Tight Knot of Power, Law and Ethics*, nos droits ne sont pas protégés parce qu’ils sont nos droits; ils sont nos droits parce qu’ils sont protégés. Ils font remarquer qu’aujourd’hui, la signification même d’un « droit » est déformée par des opposants de diverses allégeances qui utilisent par exemple l’expression « droit au traitement » pour justifier l’imposition d’un traitement.

Even the legal system itself systematically excludes most psychiatric consumers and survivors from access to real justice. The Mental Health Legal Advocacy Coalition you will be hearing from tomorrow through Randy Pritchard. This group, and to some extent the Empowerment Council, have conducted the only Canada-wide survey that has ever taken place asking people in the forensic mental health system what they think of the forensic mental health system. It is shocking that this has never taken place before.

Right now there is an inquest being conducted in North Bay about a man who hung himself in the forensic system. He hung himself after many years of being in the system, with no apparent hope of release, for an incident that might have resulted in no jail time at all. There is a desperate need for more advocacy in the mental health system.

Consistent, organized education and pressure must be brought to bear to make the judicial system a just one for most psychiatric survivors. This requires the expertise of a national mental health and addiction legal advocacy organization controlled by psychiatric survivors and people with addictions.

I will talk a little about why our lives depend on real advocacy. One of the attachments in our submission shows you the extent of the problem of violence against persons with disabilities, and in that attachment you will see particularly the high percentage of abuse suffered by people who have been in the psychiatric system.

To examine the extent of the problem of violence facing people with disabilities, the Roeher Institute has conducted numerous studies. Overall, there is a pattern of inconsistent response to the victimization of persons with disability. There is a prevailing sense that justice is not being served.

In addition to criminal abuse, there is a more consistent abuse of rights of people in the mental health system. It is a constant violation of our right to certain protections under the law.

One example is informed consent. Study after study shows that few users are informed about the undesirable effects of the psychoactive medications that are prescribed for them. Least restrictive treatment is frequently violated. The right to refuse treatment has really become often an exercise in evaluating the competency of someone in the mental health system when they dare to refuse the offered treatment.

To speak from my personal experience, being on a psychiatric ward was one of the most traumatic experiences of my life. The things that happen on a psychiatric ward taken in any other

Le système juridique lui-même exclut systématiquement la plupart des consommateurs et des survivants des soins psychiatriques de l'accès à une vraie justice. Vous entendrez demain l'exposé de Randy Pritchard, qui représente la Mental Health Legal Advocacy Coalition. Ce groupe et, dans une certaine mesure, le Conseil d'habilitation, a réalisé le seul sondage jamais réalisé à l'échelle du Canada pour demander aux intervenants du système de santé mentale en contexte judiciaire ce qu'ils pensaient de ce système. On est surpris de constater que ça n'avait jamais été fait.

À l'heure actuelle, on mène une enquête, à North Bay, au sujet d'un homme qui s'est pendu pendant qu'il était sous la responsabilité du système médico-légal. Il a passé de nombreuses années dans le système et n'avait semble-t-il pas d'espoir de libération; il s'est pendu en raison d'un incident pour lequel il aurait pu ne pas être emprisonné. La situation est désespérée, et nous devons mieux défendre nos droits dans le système de santé mentale.

Nous devons exercer des pressions et veiller à l'éducation du public de façon constante et organisée. C'est à ce prix que nous pourrions faire en sorte que le système juridique soit juste pour la plupart des survivants des soins psychiatriques. Pour cela, nous avons besoin de l'expertise d'un organisme national de promotion et de défense des droits dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie, un organisme qui serait contrôlé par les survivants des soins psychiatriques et par les toxicomanes.

Je vais vous expliquer brièvement pourquoi nous avons besoin d'un réel programme de défense de nos droits pour vivre. Dans l'une des annexes de notre mémoire, on vous montre l'étendue du problème de la violence contre les personnes handicapées, vous y verrez aussi, en particulier, le pourcentage élevé de mauvais traitements à l'encontre des personnes qui sont passées par le système psychiatrique.

L'Institut Roeher a mené de nombreuses études pour connaître l'étendue du problème de la violence faite aux personnes handicapées. De façon générale, on observe que personne ne réagit de la même manière quand il est question de victimisation des personnes handicapées. L'opinion générale, c'est que justice n'a pas été faite.

En plus des infractions de nature criminelle dont ils sont victimes, les patients du système de santé mentale sont aussi privés de leurs droits fondamentaux, de façon plus constante. Nous avons droit à une certaine protection devant la loi; ce droit est constamment violé.

Parlons par exemple du consentement éclairé. Étude après étude, les chercheurs montrent que peu d'utilisateurs sont renseignés sur les effets indésirables des médicaments psychotropes qu'on leur prescrit. Le droit correspondant au traitement le moins restrictif possible est fréquemment violé. Le droit de refuser un traitement correspond maintenant à un exercice d'évaluation de la compétence d'un patient du système de santé mentale qui ose refuser le traitement qu'on lui offre.

Je peux vous parler de mon expérience personnelle. J'ai vécu dans une aile psychiatrique, et ça a été l'une des expériences les plus traumatisantes de ma vie. Si on plaçait dans un autre

context would be seen as devastating. People being locked in tiny rooms they cannot leave, tied to a bed and injected with chemicals against their will are clearly traumatic experiences. Being told that it is all right because they are in a hospital is really a departure from reality. My outrage about this is why I do the work that I do.

A redistribution of power and real advocacy is required in the mental health system. We go into it in some more detail in the second appendix to our submission in which we describe what is needed in psychiatric facilities.

Since that article was written, the Empowerment Council and the Centre for Addiction and Mental Health have created a bill of client rights for clients of this centre. To the best of our ability to determine, it is the most powerful bill of its kind in Canada and we recommend that it be spread to different psychiatric facilities. The only reason that this bill was able to be created was because the centre adopted a policy of support for an independent client voice at the centre, which is us. Only with that kind of independence can people speak strongly for their communities. To support advocacy you have to support real advocacy.

The Ontario Advocacy Commission, a brief but admirable centre of advocacy, controlled by people with disabilities described advocacy as, "At its most powerful, it's a way to help people 'own' their own lives." They go on to note that, "Unlike most health care or social services, advocacy is directed by the vulnerable person."

In Ontario we have the Psychiatric Patient Advocate Office which delivers individual advocacy at the client's direction. It has an arm's length relationship from the ministry, and is not directly controlled by the hospital at which it is located. However, its independence has been somewhat compromised through the divestment process. As well, the ministry used to instruct provincial psychiatric hospitals to have patient advocates on site. It is now up to each hospital, as they are divested, to decide whether or not they want the advocates there. Their need to apply, therefore, for the job compromises their independence somewhat.

The same thing happened to patient councils across the province. When the ministry directly controlled provincial psychiatric hospitals, they were required to fund independent patient councils that took direction from their membership. With divestment, a number of hospitals immediately stripped the councils of their funding and staff.

contexte les choses qui se passent dans une aile psychiatrique, on considérerait que c'est un désastre. Les personnes sont enfermées dans de petites pièces dont elles ne peuvent pas partir, elles sont attachées à un lit, on leur injecte des agents chimiques contre leur volonté : c'est vraiment une expérience traumatisante. On se fait dire que c'est correct, parce que ça se passe dans un hôpital. C'est vraiment une façon de déformer la réalité. Je suis réellement indignée, c'est pourquoi je fais le travail que je fais.

Il faut redistribuer le pouvoir et instituer un vrai programme de défense des droits dans le système de santé mentale. Nous fournissons plus de détails à ce sujet dans la deuxième annexe de notre mémoire, où il est question des besoins des établissements psychiatriques.

Après la parution de cet article, le Conseil d'habilitation et le Centre de toxicomanie de santé mentale ont rédigé une déclaration des droits des clients à l'intention des clients du Centre. Au meilleur de notre jugement, c'est la plus puissante déclaration de son genre au Canada, et nous recommandons de la diffuser dans les établissements psychiatriques. La seule raison pour laquelle on a rédigé cette déclaration, c'est que le Centre a adopté une politique dans le but de soutenir l'expression d'une opinion indépendante par ses clients, c'est-à-dire nous. Cette indépendance est la seule façon pour une personne de parler de façon convaincante au nom de sa collectivité. Si on veut soutenir les programmes de promotion et de défense des droits, il faut viser des droits qui nous tiennent à cœur.

La Commission d'intervention de l'Ontario, un organisme de défense des droits qui faisait un travail admirable, mais n'a pas eu une longue vie, était dirigée par des personnes handicapées. Décivant son travail, la Commission disait qu'un programme de défense des droits efficaces permettait aux personnes de « prendre en charge » leur propre vie. Elle disait aussi que, contrairement à la plupart des autres programmes de soins de santé ou de services sociaux, la défense des droits est dirigée par la personne vulnérable.

Nous avons, en Ontario, le Psychiatric Patient Advocate Office, qui prend la défense des droits d'une personne, en suivant ses directives, de façon individuelle. Ce bureau est indépendant du ministère, il n'est pas directement contrôlé par l'hôpital où il est situé. Toutefois, le processus de cession met jusqu'à un certain point cette indépendance en péril. En outre, c'est le ministère qui exigeait que les hôpitaux psychiatriques provinciaux se dotent d'un programme de défense des patients. Chacun des hôpitaux qui ont été cédés pourrait décider s'il veut maintenir des services de défense des droits. Il faudra en faire la demande, et c'est cet aspect de la tâche qui compromet leur indépendance.

Cela s'est passé de la même manière avec les conseils de patients de la province. Lorsque le ministère contrôlait directement les hôpitaux psychiatriques provinciaux, il exigeait que ceux-ci financent des conseils de patients indépendants, dirigés par leurs membres. Un certain nombre d'hôpitaux ont profité de la cession pour priver immédiatement les conseils de financement et de personnel.

For the commission, advocacy was said to be founded on two key principles: independence and trust. An advocate must be independent and free from real or perceived conflict. An advocate must be trusted to represent the interests of the vulnerable person and only the interests of the vulnerable person.

I want to conclude with our recommendations. I recommend a national mental health legal advocacy organization. Accountability means requiring the mental health system to comply with the law. Psychiatric consumers, survivors and people with addictions need a national and legal advocacy organization to address violations of our rights both under and outside the law. This organization must be accountable to the community it is meant to serve and to this community alone.

Avoidance of actual and perceived conflicts of interests requires that this organization also exist for the purpose of advocacy and only advocacy. Organizations that claim to deliver advocacy while providing other services have an obvious bias in favour of the service they deliver which tarnishes their credibility.

A federally funded national mental health legal advocacy organization is required in order to: avoid all the duplication of effort and legal advocacy across the country and to support local advocates; bring some level of scrutiny to Canada-wide mental health legislation and its various degrees of compliance with the Canadian Charter of Rights and Freedoms in each province and there is quite a bit of disparity; eliminate the conflict of interest of provinces funding a body that will challenge the provincial mental health legislation and provincially funded health care services; minimize disparity in attention to mental health systems by advocates across the country; and articulate the consumer and survivor voice in mental health advocacy across the provinces and territories. Such an organization can also serve as a clearinghouse for information needed by advocates across the country.

This advocacy organization could conduct test-case litigation and policy analysis so provincial advocates need not reinvent the case every time their government considers new legislation. This need to recreate advocacy, for instance, has been travelling around the country province by province as each provincial government considers introducing community treatment orders.

It would also have the ability to analyze relevant social science and medical literature. One of the repeated requirements of our involvement in interventions in court cases is the supplying and analysis of social science and research literature but it is not enough to have our rights across the country affected by the chance nature of our intervention and research abilities in a few

Selon la Commission, on a dit que la défense des droits se fondait sur deux grands principes : l'indépendance et la confiance. Un organisme de défense doit être indépendant et libre de tout conflit d'intérêts réel ou perçu. Et on doit pouvoir avoir confiance en la capacité de cet organisme de défendre les intérêts de la personne vulnérable et seulement les intérêts de cette personne.

J'aimerais pour conclure vous présenter nos recommandations. Je recommande la mise sur pied d'un organisme national de parrainage juridique dans le domaine de la santé mentale. La responsabilisation exige que le système de santé mentale soit conforme à la loi. Les consommateurs et les survivants des soins psychiatriques et les personnes dépendantes ont besoin d'un organisme national de parrainage juridique qui surveillera les infractions à nos droits, infractions prévues ou non par la loi. Cet organisme devra rendre des comptes à la collectivité qu'il doit servir, et à cette seule collectivité.

Pour éviter les conflits d'intérêts réels ou perçus, il faut que cet organisme n'ait qu'un seul objectif, la défense des droits. Les organismes qui prétendent se porter à la défense des droits tout en offrant d'autres services ont de toute évidence un parti pris en faveur du service qu'ils offrent, ce qui nuit à leur crédibilité.

Un organisme de parrainage juridique en matière de santé mentale, qui offrira ses services à l'échelle nationale et qui sera financé par le gouvernement fédéral est nécessaire pour plusieurs raisons. Il faut d'abord éliminer le dédoublement des efforts et le chevauchement des programmes de parrainage juridique à l'échelle du pays, tout en soutenant les programmes locaux. Il faut attirer l'attention sur les lois relatives à la santé mentale qui s'appliquent au Canada et sur le fait que la Charte canadienne des droits et libertés n'est pas respectée dans la même mesure dans toutes les provinces; croyez-moi, il y a des écarts assez importants. Il faut aussi éliminer les conflits d'intérêts qui se présentent lorsqu'une province finance un organisme qui contestera les lois provinciales en matière de santé mentale et remettra en question les services de santé financés par la province. Il faut amener tous les groupes de défense du pays à accorder la même attention aux systèmes de santé mentale. Enfin, il faut donner forme au discours des consommateurs et des survivants que reprendront les organismes de défense des droits en matière de santé mentale des provinces et des territoires. Un organisme national servirait aussi de centre d'information pour tous les groupes du pays.

Cet organisme pourrait soumettre des causes-types devant les tribunaux et réaliser des analyses stratégiques de façon que les défenseurs des provinces n'aient pas à réinventer la roue chaque fois que le gouvernement adopte une nouvelle loi. Par exemple, il a fallu défendre nos droits du début, devant toutes les provinces et en faisant le tour du pays, parce que les gouvernements provinciaux ont chacun leur tour envisagé d'imposer les traitements prescrits en collectivité.

L'organisme aurait en outre la possibilité d'analyser les documents pertinents dans le domaine des sciences sociales et de la médecine. Quand nous intervenons devant les tribunaux, nous devons toujours fournir et analyser des documents traitant de sciences sociales ou de recherche; mais il ne faut plus que la défense de nos droits à l'échelle du pays tienne à la nature

cases. Its guiding principles would be the advancement of citizenship rights, equality and self-determination for all people identified under the Charter as having, or being perceived as having, mental disability.

This committee might care to examine the U.S. model of the Bazelon Centre for Mental Health Law as an example of such an organization. In our submission, we give you a website you can conveniently check out. This organization might also assist with the creation of a national bill of patient rights.

Brief response to some of the questions in your report: We previously submitted the Empowerment Council's recommendation priorities to the committee which possibly you did not receive because we did not see them listed. Who knows what technical abyss they might have fallen into so we attached them also to the end of our submission.

We support the creation of personal health care plans. We believe that only through our control of the money and the way that services are directed will the mental health system ever undergo any fundamental change.

We recommend you might want to investigate the Centre for the Independent Living, which manages similar things in Ontario for people with physical disabilities.

However, care plans are not going to apply to everyone and there must be genuine choice through real alternatives to the present system to be a meaningful choice for people to access.

No government or health service should approve policies affecting our community without consultation with our community. We, therefore, support the proposal of an advisory committee to the federal and each provincial government in order to facilitate a patient-oriented system, providing this committee contains a majority of our community members and our chosen advocates, the most relevant participants in creating a new and better alternative to the system.

Before drafting your final report, we also propose that this standing Senate committee call an advisory panel of psychiatric consumers, survivors and people with addictions to provide a sense of the real life impact of the recommendations that the committee will be considering. We need this Senate committee to rise above the political pandering to prejudice that prevails in legislatures. For an example of this, you might look at our discussions around the victim impact statements in Bill C-10: An Act to Amend the Criminal Code (Mental Disorder) and to Make Consequential Amendments to Other Acts. I understand they may or may not come before you when we address it with the legislature.

aléatoire de notre intervention ou à nos capacités de recherche dans certains dossiers. Cet organisme aurait pour principe directeur l'avancement des droits des citoyens, l'égalité et l'autodétermination de toutes les personnes qui, aux termes de la Charte, souffrent d'un handicap mental ou sont perçues comme telles.

Votre comité pourrait aussi prendre pour modèle, au moment de créer cet organisme, le Bazelon Centre for Mental Health Law des États-Unis. Vous trouverez l'adresse du site Web de cet organisme dans notre mémoire; vous pourrez facilement le visiter. L'organisme pourra en outre soutenir la rédaction d'une déclaration nationale des droits des patients.

Je vais répondre brièvement à quelques-unes des questions de votre rapport : nous avons déjà présenté à votre comité les principales recommandations du Conseil d'habilitation. Je crois que vous ne les avez pas reçues, nous ne les avons pas trouvées dans la liste. Je me demande dans quel abîme technique elles sont tombées; nous les avons donc jointes à la fin de notre mémoire.

Nous sommes en faveur de la création de plans de soins de santé personnels. Nous croyons que la seule façon de changer de fond en comble le système de santé mentale consiste à contrôler notre argent et la façon dont les services sont administrés.

Nous vous recommanderions aussi d'étudier ce qui se passe au Centre for the Independent Living, qui met sur pied des projets semblables pour les personnes handicapées de l'Ontario.

Toutefois, les plans de soins ne s'appliqueront pas à tout le monde. Nous devons avoir des choix réels; il faut proposer des solutions de rechange au système actuel si l'on veut que les gens puissent poser des choix éclairés.

Un gouvernement ou un service de santé ne devrait pas approuver des politiques qui toucheront notre collectivité sans vous consulter d'abord. C'est pourquoi nous soutenons la proposition de créer un comité consultatif, qui conseillera les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral, dans le but de faciliter la mise en place d'un système axé sur le patient. Mais il faudra que ce comité soit composé en majorité des membres de notre collectivité et des groupes de défense que nous aurons choisis; ce sont les participants les plus compétents pour la création d'un nouveau système de remplacement amélioré.

Avant de rédiger son rapport final, je proposerai aussi que votre Comité sénatorial consulte un groupe d'experts formé de consommateurs et de survivants des soins psychiatriques et de toxicomanes; il aura ainsi une idée des répercussions réelles des recommandations qu'il a à évaluer. Il faut que votre Comité sénatorial cesse d'accepter les préjugés pour des motifs basement politiques, comme cela se passe trop souvent dans les assemblées législatives. Vous pourriez par exemple examiner ce que nous avons dit au sujet de la déclaration concernant les répercussions sur la victime, dont il est question dans le projet de loi C-10 Loi modifiant le Code criminel (troubles mentaux) et modifiant d'autres lois en conséquence. Si j'ai bien compris, on ne sait pas encore s'ils s'adresseront à vous lorsque nous nous pencherons sur cette question à l'assemblée.

As a result of not hearing from us to any significant degree, reports often reflect biases of the narrow group of presenters. The reports from this Senate committee, for example, could not contain the danger that psychiatric medications can pose because most of the presenters would be unlikely to present that information. There is no indication, for example, of the considerable research evidence showing the high incidence of brain damage and increased mortality from the use of psychiatric medications. What is described are the dangers of not being medicated. The dangers of being medicated have been missed entirely. The dangers of ACT teams, the likelihood that they can increase people's isolation and, therefore, increase people's suicidal tendencies also have not been attended to, and the enormous and serious rights violations in the forensic population. I do not think you have considered the forensic system much at all yet. In one of the submissions you will receive tomorrow, a survey of people in that system will be attached.

I am going to conclude with a quotation from McCubbin and Cohen, *A Systematic and Value-Based Approach to Strategic Reform of the Mental Health System*:

It is crucial to consider who has power in the formulation of mental health policy. Traditionally, consumers of mental health services have been perceived as the objects, rather than agents, of policy. A redistribution of power is necessary on the grounds of therapeutic benefit/empowerment, 'but also due to the very pragmatic reason that the objectives of a reform will best be met in the long run by placing control of the shaping of the reform in the hands of those whose interests are most consistent with the reform objectives.'

The Chairman: I thank all of you for making your presentations. Can I begin by asking the question to The Dream Team? Phillip, I will ask you but if either Linda or Mark want to comment, that is fine.

Take us through two things: How is supportive housing construction funded and how are ongoing operating expenses funded?

Mr. Dufresne: The supportive housing organization I live in gets most of its funding from the ministry of health.

The Chairman: From the Ministry of Health and Long-Term Care, not the Ministry of Community and Social Services?

Mr. Dufresne: No. I think maybe some agencies might get funding from the Ministry of Community and Social Services but our organization gets funding from the Ministry of Health and Long-Term Care. We also used to get funding from the Ministry of Housing too but the funding was transferred over to the Ministry of Health with the last government.

Vous n'entendez pas parler de nous assez souvent, et c'est pourquoi les rapports reflètent souvent les préjugés du groupe restreint des personnes qui présentent un exposé. Les rapports de votre Comité sénatorial, par exemple, n'ont pas pu faire état des dangers que posent les médicaments à usage psychiatrique parce qu'il est peu probable qu'il en soit question dans les exposés. Rien n'indique, par exemple, qu'il existe un volume considérable de données de recherche probantes qui montrent une incidence élevée de dommages cérébraux et un accroissement de la mortalité liés aux médicaments à usage psychiatrique. On décrit plutôt les dangers de l'absence de médication, et on reste muet sur les dangers de la médication. On ne parle pas non plus des dangers des équipes de TDC, de la possibilité qu'elles isolent encore plus les personnes, augmentant en conséquence leurs tendances suicidaires, ni des importantes et graves violations des droits des personnes qui ont besoin des services de psychiatrie légale. Je ne crois pas que vous ayez encore examiné de près le système de psychiatrie légale. Dans un des mémoires que vous recevrez demain, vous trouverez en annexe un sondage réalisé auprès des intervenants de ce système.

Je vais terminer en citant l'ouvrage de McCubbin et Cohen, *A Systematic and Value-Based Approach to Strategic Reform of the Mental Health System* :

[Traduction] « Il est essentiel de réfléchir à l'attribution des pouvoirs de formuler les politiques en matière de santé mentale. Traditionnellement, les consommateurs de services de santé mentale étaient perçus comme des objets, plutôt que des agents des politiques. Il faudra redistribuer les pouvoirs à la lumière des avantages des thérapies et de l'habilitation, « mais aussi pour une raison très pragmatique, c'est-à-dire en tenant compte du fait qu'il sera plus simple de réaliser les objectifs à long terme de la réforme si on permet aux personnes dont les intérêts correspondent le mieux à ces objectifs de diriger cette réforme » ».

Le président : Je vous remercie tous d'avoir présenté vos exposés. J'aimerais d'abord poser une question au Dream Team. Phillip, je vous poserai la question, mais si Linda ou Mark veulent commenter, ça me conviendra aussi.

J'aimerais que vous m'expliquiez deux choses : d'où vient le financement pour la construction des logements avec services de soutien? D'où vient le financement des dépenses d'exploitation permanentes?

M. Dufresne : La plus grande partie du financement des logements avec services de soutien dans lesquels j'habite vient du ministère de la Santé.

Le président : Le ministère de la Santé et des Services sociaux, vous ne parlez pas du ministère des Services sociaux et communautaires?

M. Dufresne : Non. Je crois que certains organismes sont financés par le ministère des Services sociaux et communautaires, mais notre organisme est financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous avons aussi du financement du ministère du Logement, mais il a été transféré au ministère de la Santé par le dernier gouvernement.

The Chairman: How is your rent set? Do you pay rent?

Mr. Dufresne: Yes, I do. It is rent geared to income and I live on Ontario Disability Benefits.

The Chairman: So, it is rent geared to income.

Mr. Dufresne: Right.

The Chairman: Do you know who paid the cost of building the units in the first place?

Mr. Dufresne: Who paid the cost of —?

The Chairman: Of actually constructing the building. Is that a federal/provincial program of some kind?

Mr. Dufresne: It is provincial. We get practically all our money from the provincial government but lately, in the last few years, we have been acquiring new buildings. All our buildings are funded differently. It is hard for me to explain exactly how this works but pretty well all our funding comes from the Ministry of Health and Long-Term Care.

The Chairman: Becky, someone said to us this morning that your model of alternative services is not being used in any other province. To the best of your knowledge, is that correct?

Ms. McFarlane: The consumer, survivor-run businesses are unique to Ontario. I think there has been some attempt to replicate them in other provinces, and certainly there has been interest from other countries as well. I think part of it is, again, lack of resources. There is an expense associated with developing. Usually the development of a business takes anywhere from two, three to four years because, again, survivors develop, or part of the development process is not imposed from somewhere else. I think resources is probably the biggest reason.

The Chairman: I understand obviously there is a cost to getting it started. There is a cost to starting any business but once it is up and running, I presume, because people are being paid and so on, actual costs decrease.

Ms. McFarlane: They do.

The Chairman: Am I right on that?

Ms. McFarlane: You are. There is always a cost associated with running any of our businesses, and for all the OCAB businesses, the revenues pay for all the hourly staff wages. Revenues pay for food purchases, capital expenses, and then we get funding for salaried staff positions. There are usually two or three salaried staff working full-time within each business, and rent, which is also funded.

It does not take a lot of money but it appears that there is not a lot of money. We put requests in and —

The Chairman: Nothing happens.

Ms. McFarlane: That is right.

Le président : Qui fixe le montant de votre loyer? Payez-vous un loyer?

M. Dufresne : Oui, je paie un loyer. Il est fixé en fonction de mon revenu; je reçois des prestations d'invalidité de l'Ontario.

Le président : Donc, le loyer est fixé en fonction du revenu.

M. Dufresne : C'est cela.

Le président : Savez-vous qui a assumé les coûts de construction de ces unités, au départ?

M. Dufresne : Assumé les coûts de ...?

Le président : Les coûts de construction de l'édifice. Est-ce que c'est un genre de programme fédéral-provincial?

M. Dufresne : Provincial. Presque tout l'argent que nous recevons vient du gouvernement provincial; cependant, au cours des dernières années, nous avons acheté de nouveaux édifices. Nos édifices ne sont pas tous financés de la même façon. Je ne suis pas capable d'expliquer comment ça fonctionne exactement, mais, en gros, tout notre financement provient du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le président : Becky, quelqu'un nous a dit ce matin que votre modèle de services parallèles n'avait pas été repris dans les autres provinces. Au meilleur de votre connaissance, cette information est-elle exacte?

Mme McFarlane : Les entreprises dirigées par des consommateurs-survivants n'existent pas ailleurs qu'en Ontario. Je crois qu'on a essayé de reprendre le modèle dans d'autres provinces, et je sais aussi que d'autres pays s'y sont montrés intéressés. Je crois qu'encore une fois, le manque de ressources est un facteur. La création d'une entreprise suppose des dépenses. En général, il faut compter deux, trois ou même quatre années pour mettre sur pied une entreprise. C'est encore une fois parce que la direction est confiée aux survivants et que personne ou presque n'intervient dans ce processus. Je crois que le facteur principal, ce serait les ressources.

Le président : Évidemment, il faut payer pour mettre sur pied une entreprise. Il faut toujours payer pour mettre sur pied une entreprise, mais, une fois qu'elle est lancée, j'imagine, parce que des salaires sont versés et ainsi de suite, les coûts réels diminuent.

Mme McFarlane : Ils diminuent.

Le président : J'ai raison sur ce point?

Mme McFarlane : Vous avez raison. Il y a toujours des coûts quand on exploite une de nos entreprises; dans toutes les entreprises de l'OCAB, les recettes couvrent les salaires horaires. Les recettes couvrent aussi les coûts d'achat des aliments et les coûts d'investissement; nous avons aussi du financement pour payer les employés salariés. En général, il y a deux ou trois employés salariés qui travaillent à temps plein dans chaque entreprise; il y aussi le loyer, qui est financé.

Ça ne prend pas beaucoup d'argent, mais il semble qu'il n'y a pas beaucoup d'argent. Nous avons présenté des demandes, et...

Le président : Rien ne s'est passé.

Mme McFarlane : C'est cela.

Senator Cochrane: First of all, I want to direct my question to The Dream Team. It is a wonderful story and you really have come a long way. I realize the necessity for housing in Ontario. How does one go about getting into a housing unit like yours?

Ms. Chamberlain: That is the whole problem. We do not have enough housing. Most times there is a waiting list of 10 years. Sometimes, some of us have taken five years to get in. That is why we need more housing. There is just not enough built. To build supportive housing, even after you go through the NIMBY issues and all that, takes another five years to build so we need housing now.

Senator Cochrane: Go ahead, Phillip.

Mr. Dufresne: Maybe I can expand on that a bit. Most people who live in supportive housing were also referred by either social workers or health care workers.

When I was living on the street I didn't know anybody at all but I had to develop a relationship with a social worker, and it was that social worker that helped me get into supportive housing.

Senator Cochrane: When you are in this unit, do the people that own or live in these units have control over, say, what is happening? Is there a caretaker there, in particular, who looks after the unit itself? Do people that live there look after it?

Mr. Dufresne: People who live in supportive housing live independently. Each of us is assigned a support worker that we could go to whenever we need help. The support workers could help us get on social assistance. They could help us with résumés if we want to go looking for a job. They could help us with doctor and dentist appointments or day-to-day activities if we are not feeling well, but for the most part, we live independently. We do our own cooking, cleaning, grocery shopping and that. Most of us do not have 24-hour support.

Senator Cochrane: But you have a live-in superintendent, do you?

Mr. Dufresne: Not in all buildings: In my building there is no live-in superintendent, no.

Senator Cochrane: I think Mark has something.

Mr. Shapiro: My son lives in supportive housing but it is a rent supplement. Chai Tikvah, the organization which subsidizes his apartment, is an agency that provides the same type of service that Phillip talks about. The agency has four apartments in a building which houses probably 300 or 400 people. He has his

Le sénateur Cochrane : Pour commencer, j'aimerais poser une question aux membres du Dream Team. C'est une histoire merveilleuse, vous avez vraiment fait beaucoup de chemin. Je sais qu'il faut des logements en Ontario. Comment fait-on pour obtenir une unité de logements comme les vôtres?

Mme Chamberlain : C'est ça, le problème. Nous n'avons pas suffisamment de logements. En général, il y a un délai d'attente de 10 ans. Certains d'entre nous ont dû attendre cinq ans avant d'obtenir un logement. C'est pourquoi nous avons besoin de plus de logements. On n'en construit pas assez. Il faut environ cinq ans pour construire des logements avec services de soutien, mais il faut d'abord régler tous les problèmes du syndrome Pas dans ma cour. Nous avons besoin de logements maintenant.

Le sénateur Cochrane : C'est votre tour, Phillip.

M. Dufresne : Je pourrais peut-être en dire un peu plus sur le sujet. La plupart des personnes qui vivent dans un logement avec services de soutien y ont été dirigées par des travailleurs sociaux ou des travailleurs de la santé.

Quand je vivais dans la rue, je ne connaissais personne. J'ai dû établir des relations avec un travailleur social, et c'est lui qui m'a aidé à obtenir une place dans un logement avec services de soutien.

Le sénateur Cochrane : Quand vous avez été dans une de ces unités, est-ce que les propriétaires ou les locataires de ces unités ont leur mot à dire, quand, par exemple, il y a des décisions à prendre? Est-ce qu'il y a un concierge désigné qui s'occupe des unités proprement dites? Est-ce que les personnes qui y vivent s'en occupent?

M. Dufresne : Les personnes qui vivent dans des logements avec services de soutien sont indépendantes. On nous a tous attribué un travailleur de soutien, et nous pouvons aller le voir si nous en avons besoin. Le travailleur de soutien peut nous aider à obtenir des prestations d'aide sociale. Il peut nous aider à préparer un curriculum vitae si nous voulons chercher un emploi. Il peut aussi nous aider à prendre rendez-vous chez le médecin ou le dentiste, ou nous aider dans nos activités quotidiennes, si nous ne nous sentons pas bien. Mais, en général, nous vivons de façon indépendante. Nous préparons nous-mêmes nos repas, nous faisons le ménage, nous faisons les courses et tout le reste. La plupart d'entre nous n'ont pas besoin d'un soutien 24 heures sur 24.

Le sénateur Cochrane : Mais il y a un concierge en permanence, n'est-ce pas?

M. Dufresne : Pas dans tous les immeubles. Là où je vis, il n'y a pas de concierge en permanence.

Le sénateur Cochrane : Je crois que Mark a quelque chose à dire.

M. Shapiro : Mon fils vit dans un logement avec services de soutien, mais il s'agit d'un logement avec supplément au loyer. L'organisme Chai Tikvah, qui subventionne son appartement, fournit le même type de services que ceux dont Phillip vient de parler. L'organisme possède quatre appartements dans un édifice

own apartment. The support services are there but he lives totally independently, and there is nobody on the premises except for a superintendent that takes care of the whole building.

Senator Cochrane: Okay.

Ms. Chamberlain: I think there are different types of housing. Some have 24 hour support as needed, and then there are some that do not need support. There is always a housing worker there for the building when we live independently, and there are other types of supports for other people, so it is individualized.

Mr. Shapiro: Can I say one thing: There are 2,600 people living in this type of housing in Toronto.

Senator Cochrane: This is where your son lives?

Mr. Shapiro: He is one of the people. That is supportive housing: Rent supplement programs where they supplement the rent in other housing, in housing that Linda and Phillip live where the support agencies own that housing. There are another 950 psychiatric consumer survivors living in roughly 48 boarding homes that go under the umbrella of Habitat Services. These are privately owned by private boarding house owners, and Habitat provides a per diem supplement to the owners to provide care and food for these people, and they have to follow certain standards. If they do not maintain the standards, they lose some of that funding. This is the way we try to increase the standards, or Habitat tries to increase the standards.

Senator Cochrane: This is like room and board, is it?

Mr. Shapiro: This is basically room: a lot of things that we are changing. There used to be triple rooms, three people to a room. Now there are two. There are a lot that are still two to a room and we are increasing the standards to make those changes happen so they end up with one to a room. Also, we are trying to implement a program where the consumers have a say in what goes on in this housing.

Senator Cochrane: Is this the building?

Mr. Shapiro: The buildings that they live in are all in certain areas, mostly in Parkdale in downtown Toronto. They are homes that have been converted to boarding houses so there can 10 to 30 people living in a house.

Senator Cochrane: This is working out fine?

Mr. Shapiro: To this point, it is working out fine. I am not in total agreement about the conditions in which they live but conditions are better than in houses that do not have the type of support that Habitat provides.

Senator Cochrane: Do you see more of these units coming forth?

où logent probablement 300 ou 400 personnes. Mon fils a son propre appartement. Il y a des services de soutien, mais il est tout à fait indépendant, et il n'y a personne sur les lieux, exception faite du concierge qui s'occupe de tout l'édifice.

Le sénateur Cochrane : D'accord.

Mme Chamberlain : Je crois qu'il existe différents types de logements. Dans certains cas, il y a un soutien 24 heures sur 24, accessible au besoin, dans d'autres cas, ces services ne sont pas nécessaires. Il y a toujours un travailleur responsable de l'édifice, pour des locataires indépendants, mais il y a aussi d'autres types de soutien pour d'autres personnes; tout est donc personnalisé.

M. Shapiro : J'aimerais ajouter une chose. À Toronto, 2 600 personnes vivent dans ce type de logement.

Le sénateur Cochrane : Dont votre fils?

M. Shapiro : Oui, mon fils en fait partie. Ce sont les logements avec services de soutien : les programmes de supplément au loyer, où on offre un supplément au loyer dans d'autres logements, des logements dans lesquels Linda et Phillip vivent, des logements qui appartiennent aux organismes de soutien. Il y a aussi 950 consommateurs-survivants des soins psychiatriques qui vivent dans environ 48 pensions relevant des Habitat Services. Ces logements appartiennent à des intérêts privés, les propriétaires des pensions, et Habitat leur verse un supplément quotidien pour qu'ils fournissent des soins et nourrissent ces personnes, et ils doivent se conformer à certaines normes. S'ils ne respectent pas les normes, ils perdent un peu de financement. C'est de cette façon que nous essayons de hausser les normes, que les Habitat Services essaient de hausser les normes.

Le sénateur Cochrane : Ils offrent donc le logement et les repas, c'est ça?

M. Shapiro : En fait, surtout le logement : beaucoup de choses changent. Avant, il y avait des Chambres pour trois personnes. Maintenant, ce sont des Chambres pour deux personnes. Il y a beaucoup de personnes qui doivent encore partager une Chambre pour deux; mais nous haussons les normes pour apporter des changements, de façon qu'elles puissent avoir chacune leur Chambre. Nous essayons aussi de mettre sur pied un programme qui permettra aux consommateurs d'avoir leur mot à dire sur ce qui se passe dans le logement.

Le sénateur Cochrane : Vous parlez de cet immeuble?

M. Shapiro : Les logements dans lesquels ces personnes vivent sont tous situés dans certains quartiers, surtout à Parkdale, dans le centre-ville de Toronto. On a converti des maisons en pensions, et de 10 à 30 personnes peuvent y vivre.

Le sénateur Cochrane : Et tout cela fonctionne bien?

M. Shapiro : Jusqu'ici, tout fonctionne bien. Je ne suis pas toujours d'accord avec leurs conditions de vie, mais elles sont meilleures que dans les logements qui n'offrent pas le type de soutien que fournissent les Habitat Services.

Le sénateur Cochrane : Pensez-vous qu'il y aura plus d'unités de ce type?

Mr. Shapiro: There probably will be but we have initiatives to make a change to more independent living for supportive housing.

Senator Cochrane: And you have some input there?

Mr. Shapiro: Yes. I am on the board for Habitat Services.

Senator Cochrane: Wonderful. And you do as well, Phillip?

Mr. Shapiro: I have one voice in 15.

Mr. Dufresne: I used to be on my board which is House Link Community Homes, and they recently got funding from the provincial government to house people who may have difficulty with the law. We recently got more funding and we are looking for new buildings to house the people in. Right now we own something like 22 buildings all across the city. We house something like 330 people and we have a few other consumers who participate in different House Link programs but they do not live in House Link. There are a lot of different programs for people to participate in, and these programs are very beneficial. They make people feel good about themselves and they are able to contribute to the community by getting involved in these programs. There are other programs that people can get involved in too outside of our organization so it is very beneficial.

Ms. Chamberlain: There are actually 21 housing agencies and housing providers that we represent. All three of us are in different types of housing, but there are 21 that we represent, the boards of Mental Health Housing Services, and that is what we advocate with.

Senator Cochrane: So you have a voice there?

Ms. Chamberlain: Yes.

Senator Cochrane: Three voices actually; that is good.

Ms. Chamberlain: Well, 21 voices.

Senator Cochrane: Linda, tell us about your experience. Why were you asked to go to the U.S.? You say you have also gone to the U.S. and talked about your situation.

Ms. Chamberlain: I was talking about Progress Place, a rehabilitation centre where I was, and I learned daily living skills. Then I got on a committee there and I got to go to other programs in the States and also through Canada, the States and England. That was to see other clubhouses and how that movement worked and the housing they had there so I was very lucky to get to —

Senator Cochrane: So you have learned from that?

Ms. Chamberlain: Yes.

M. Shapiro : Probablement qu'il y en aura plus; mais nous essayons d'apporter des changements pour qu'il soit plus facile de vivre de façon indépendante dans les logements avec services de soutien.

Le sénateur Cochrane : Et vous avez les moyens de faire changer les choses?

M. Shapiro : Oui. Je suis membre du conseil des Habitat Services.

Le sénateur Cochrane : Merveilleux. Vous aussi, Phillip?

M. Shapiro : J'ai une voix sur 15.

M. Dufresne : J'étais aussi membre de mon conseil, pour l'organisme House Link Community Homes, qui vient de recevoir du financement du gouvernement provincial pour loger des personnes qui ont des démêlés avec la justice. Nous venons d'obtenir plus de financement, et nous cherchons de nouveaux logements. À l'heure actuelle, nous possédons environ 22 immeubles, situés un peu partout dans la ville. Nous offrons un logement à environ 330 personnes; il y a aussi quelques consommateurs qui participent à différents programmes de House Link, mais ils ne vivent pas dans nos logements. Il existe beaucoup de programmes auxquels les gens peuvent participer, et ces programmes sont très bénéfiques. Ils permettent aux gens d'être satisfaits d'eux-mêmes et de contribuer à la collectivité en participant à ces programmes. Il y a aussi d'autres programmes, à l'extérieur de notre propre organisme, auxquels les personnes peuvent participer; c'est très bénéfique.

Mme Chamberlain : Nous représentons à l'heure actuelle 21 organismes de logements aux fournisseurs de logements. Nous trois, nous vivons dans un type de logement différent; mais nous représentons 21 organismes, les conseils des Mental Health and Housing Services. C'est ainsi que nous défendons nos droits.

Le sénateur Cochrane : Vous avez donc une voix?

Mme Chamberlain : Oui.

Le sénateur Cochrane : Donc, trois voix; c'est bien.

Mme Chamberlain : En fait, 21 voix.

Le sénateur Cochrane : Linda, racontez-nous votre histoire. Pourquoi vous a-t-on demandé d'aller aux États-Unis? Vous dites que vous êtes allée aux États-Unis pour parler de votre expérience.

Mme Chamberlain : Je parlais de Progress Place, centre de réadaptation que j'ai fréquenté en vue d'acquérir des habiletés de la vie quotidienne. Je me suis ensuite jointe à un comité là-bas, et j'ai eu l'occasion de voir d'autres programmes aux États-Unis et partout au Canada, ainsi qu'en Angleterre. C'était pour voir d'autres établissements, apprendre comment chaque mouvement fonctionnait, et voir les logements qu'ils avaient là-bas, alors j'ai été très chanceuse de pouvoir...

Le sénateur Cochrane : Alors vous avez appris de cela?

Mme Chamberlain : Oui.

Senator Cochrane: Well, that is important and you were able to, of course, exchange ideas and things. That is wonderful.

Let me go to Becky. I was really impressed with your speech. I must tell you because I want to find out a little about your background. If you do not want to do it, that is fine with us.

Ms. McFarlane: Yeah, I will tell you as much as I want to. My experience with the mental health system was as a youth. Certainly, I think my experience is different than a lot of the people that I work with, and that are part of the community in which I move.

I think the mental health system has changed over the years, and is continuing to change. I certainly think there is a youth perspective that you probably want to hear as you move through this process.

I left home quite early and got smart at about 19 after living poorly and on the street. I went to school and made the mistake of taking fine arts and then graduated poor again. I spent a number of years struggling to find work, and I saw an advertisement for a kitchen manager at the Raging Spoon. I certainly had a food-service background and applied for that job and then became the business manager of the Raging Spoon. Now I coordinate a partnership between OCAB and the Parkdale Activity Recreation Centre which is a drop-in centre in Parkdale that is made up of predominantly a community of survivors based on its proximity to the Centre for Addiction and Mental Health, Queen Street site. Again, I think some of the individuals from The Dream Team have talked about the high number of boarding homes in Parkdale so there is a huge community of survivors there which is where I currently am working.

Senator Cochrane: So, you have really learned a lot then.

Ms. McFarlane: Absolutely.

Senator Cochrane: You certainly have. How does your business start?

Ms. McFarlane: Essentially, what happens is a group of survivors get together and talk about an idea. Really, OCAB models itself in a way where there is no business idea to start. I think that is what separates us from a lot of the other business development that happens within this whole social economy movement that we see coming up. There is no idea. It is not one individual.

Le sénateur Cochrane : Eh bien, cela est important, et vous avez eu l'occasion, bien sûr, d'échanger des idées et d'autres choses. C'est merveilleux.

Je me tourne maintenant vers Becky. J'ai vraiment été impressionnée par votre discours. Je dois vous le dire, car j'aimerais en savoir un peu plus sur vos antécédents. Si vous n'êtes pas disposée à en parler, nous comprendrons.

Mme McFarlane : Oui, je vous révélerai ce que je suis prête à révéler. Mon expérience du système de soins de santé mentale a eu lieu pendant ma jeunesse. Certes, je crois que mon expérience est différente de celle d'un grand nombre de personnes avec lesquelles je travaille et qui font partie de la collectivité où j'exerce mes activités.

Je crois que le système de soins de santé mentale a changé au fil des ans, et qu'il continue de changer. Je crois certainement qu'il y a un point de vue propre aux jeunes dont vous voudrez probablement prendre connaissance au cours de ce processus.

J'ai quitté la maison assez tôt, et je me suis prise en main vers l'âge de 19 ans, après avoir vécu dans la pauvreté, dans la rue. Je suis allée à l'école, et j'ai fait l'erreur d'étudier les beaux-arts, de sorte que je me suis retrouvée dans la pauvreté après avoir obtenu mon diplôme. J'ai passé un certain nombre d'années à me démener pour trouver du travail, et j'ai vu une annonce pour un gérant de cuisine au Raging Spoon. J'avais, certes, l'expérience du domaine de la restauration, j'ai postulé et je suis devenue gestionnaire des activités commerciales du Raging Spoon. Maintenant, je coordonne un partenariat entre l'OCAB et le Parkdale Activity Recreation Centre, un centre de consultation à Parkdale constitué surtout d'une communauté de survivants, situé à proximité du Centre de toxicomanie et de santé mentale, sur la rue Queen. Encore une fois, je crois que des membres du Dream Team ont parlé du nombre élevé de foyers d'accueil à Parkdale, de sorte qu'il y a une énorme communauté de survivants là-bas, et c'est là que je travaille à l'heure actuelle.

Le sénateur Cochrane : Alors, vous avez vraiment appris beaucoup de choses.

Mme McFarlane : Certainement.

Le sénateur Cochrane : Manifestement. Comment le processus s'amorce-t-il?

Mme McFarlane : Ce qui se produit, essentiellement, c'est qu'un groupe de survivants se rassemblent et parlent d'une idée. Vraiment, les modèles de l'OCAB ne sont pas fondés sur une idée d'entreprise. Je crois que c'est ce qui nous distingue de nombreux autres organismes de création d'entreprises au sein de ce mouvement croissant pour l'économie sociale. Il n'y a pas d'idée. Ce n'est pas le fait d'une seule personne.

A group of people come together. There is a lot of skills-sharing and training that happens. Obviously, for a group of people to work together, they need to be able to facilitate a meeting so a lot of that work happens and people try things out.

Parkdale Green Thumb Enterprises, which is four years old, dabbled in cleaning and maintenance. They did some catering. They looked at a number of different options and finally settled on this idea of landscaping. They did a business plan and did their homework, and are now thriving four years later as a business.

Senator Cochrane: And got funding from?

Ms. McFarlane: We get funding from multiple sources. The ministry of health funds the Raging Spoon. ODSP Innovative Projects funds some of Out of this World Café and some of Green Thumb Enterprises. United Way's Toronto Enterprise Fund funds some of Out of this World and some of Green Thumb Enterprises.

We really had to go to many different funding sources to continue our work. Again, it is a headache when every year you have to spend hours writing funding proposals and submitting reports to multiple funders to continue to get funding. Again, there is a huge issue around the non-existence of annualized funding. Usually funding runs in one, two or three-year cycles and then you are done. You cannot apply again. There is no way. The situation that we are dealing with at Out of This World where we are going to lose two of our positions is basically a situation where the funding was for three years and we knew it was for three years, and we have gone everywhere trying to —

Senator Cochrane: In any of these businesses do you see yourself become self-sufficient?

Ms. McFarlane: Actually, self-sufficiency is not a goal for us. As long as we are engaging the most vulnerable people within the community, there will always be costs associated with what we do. We believe that if we ever become self-sufficient, we probably are not doing what we started out to do so it is not a goal. It is a goal to grow. It is a goal to bring in more revenues. It is a goal to employ more people. There is a goal to expand but we do not put pressure on ourself to become self-sufficient.

Senator Cochrane: I see. Thank you, Mr. Chairman.

Senator Keon: Becky, you partially answered the question but it is intriguing as to how your organizations were created. Who came up with the idea, for example, and how did they come about? The same applies to Jennifer and to The Dream Team.

C'est un groupe de personnes qui se rassemblent. Il y a beaucoup de mises en commun des compétences et de formation. Évidemment, pour qu'un groupe de personnes puissent travailler ensemble, ils doivent être en mesure d'animer une réunion afin que beaucoup de ce travail soit effectué, et que les gens puissent essayer des choses.

Parkdale Green Thumb Enterprises, qui existe depuis quatre ans, a donné dans le nettoyage et l'entretien. Ils ont dispensé des services de traiteur. Ils ont envisagé un certain nombre d'options différentes, et ont fini par s'arrêter sur l'aménagement paysager. Ils ont élaboré un plan d'affaires et se sont bien préparés, et maintenant, quatre ans plus tard, c'est une entreprise prospère.

Le sénateur Cochrane : Et de qui venait le financement?

Mme McFarlane : Nous touchions du financement de plusieurs sources. Le ministère de la Santé finance le Raging Spoon. Projets novateurs du POSPH finance une partie du Out of this World Café, et une partie de Green Thumb Enterprises. Le Toronto Enterprise Fund de Centraide a financé une partie du Out of this World Café et Green Thumb Enterprises.

Nous avons vraiment dû recourir à de nombreuses sources de financement pour poursuivre notre travail. Encore une fois, c'est tout un casse-tête que de devoir chaque année passer des heures à rédiger des propositions de financement et à soumettre des rapports à plusieurs bailleurs de fonds en vue de continuer à toucher du financement. Encore une fois, cela nous renvoie à l'inexistence de finances annualisées, et c'est un gros problème. En général, le financement est consenti en cycles de un, deux ou trois ans, et ensuite c'est fini. On ne peut pas présenter une autre demande. Ce n'est pas possible. Ainsi, au Out of This World Café où nous perdons deux de nos postes, nous nous retrouvons essentiellement dans une situation où le financement était pour trois ans, et nous savions qu'il était pour trois ans, et nous avons frappé à toutes les portes pour...

Le sénateur Cochrane : Parmi ces entreprises, y en a-t-il qui deviennent autosuffisantes?

Mme McFarlane : En réalité, l'autosuffisance n'est pas un but que nous visons. Tant que nous embaucherons les gens les plus vulnérables de la collectivité, il y aura toujours des coûts liés à ce que nous faisons. Nous croyons que si nous devenons autosuffisants un jour, c'est probablement parce que nous ne réalisons pas nos objectifs initiaux, alors ce n'est pas un but. Notre but, c'est la croissance. C'est un but que de vouloir accroître ses revenus. C'est un but que de vouloir employer plus de gens. Nous voulons prendre de l'expansion, mais nous ne voulons pas nous mettre de la pression pour ce qui est de devenir autosuffisants.

Le sénateur Cochrane : Je vois. Merci, monsieur le président.

Le sénateur Keon : Becky, vous avez répondu partiellement à la question, mais je me demande comment vos organismes ont été créés. Qui a eu l'idée, par exemple, et comment cela s'est-il déroulé? La question s'applique également à Jennifer et au Dream Team.

Ms. McFarlane: I do not think it was one person's idea. Certainly there were people in our community that were responding to the deplorable rate of unemployment. I think Diana mentioned the statistic of 85 per cent of our community is unemployed, and there needed to be a creative way to deal with that staggering statistic.

A number of survivor businesses have been around for over 20 years, A-Way Express Courier is one. There is a furniture-making business in Simcoe, Ontario called Able Enterprises Fresh Start Cleaning and Maintenance.

Really, I think it was the community being innovative about unemployment, poverty and OCAB as an organization. Diana Capponi has been the executive director of that, or was the executive director of that organization. She left a year ago to work at the Centre for Addiction and Mental Health. She and a number of other leaders within the community decided having an umbrella organization that could support the development of these businesses seemed like a good idea and they worked tirelessly to make it happen. Certainly, people within various levels of government were supportive of that, and continued to be supportive of this model.

Ms. Chambers: Your question also gets into one of the answers I wanted to mention to Senator Kirby as well, which is the way that the Empowerment Council started in Ontario. We were actually the result of Canada's one and only national conference that has ever taken place for consumer survivors and consumer survivor organizations around the country. The lack of such an event ever having happened again is one reason that there is a disparity in consumer survivor business and other organizational development around the country.

At that conference, a speaker from Holland talked about the requirement in Holland for psychiatric facilities to have a council that represents the patients within them.

Following that, our then-NDP government decided to try to create patient councils in Ontario. We created the initial councils at Queenston and Kingston. Following that, councils developed at all the provincial psychiatric hospitals. However, as I said, a lot of the councils have been lost through divestment.

The Empowerment Council was developed particularly because the Centre for Addiction and Mental Health adopted an empowerment report in which they supported an independent council at the centre. We have been trying as best we can to support councils in any other locations to get the same or to get it back.

Also, I wanted to mention as well your question about whether consumer survivor alternatives save money to the mental health care system. There is research showing that they do. The very last page of our submission has footnotes that describe two studies that show that consumer survivor alternatives save millions of

Mme McFarlane : Je ne crois pas que c'était l'idée d'une seule personne. Il y avait certainement des membres de notre communauté qui réagissaient à l'état pitoyable du taux de chômage. Je crois que Diana a mentionné que 85 p. 100 des membres de notre communauté sont sans emploi, et qu'il fallait trouver un nouveau moyen créatif de contrer cette statistique bouleversante.

Un certain nombre d'entreprises de survivants exercent leurs activités depuis plus de 20 ans, comme A-Way Express Courier. Il y a une entreprise de fabrication de meubles à Simcoe, en Ontario, qui s'appelle Able Enterprises Fresh Start Cleaning and Maintenance.

Vraiment, je crois que c'est la communauté qui a réagi de façon novatrice au chômage et à la pauvreté, ainsi que l'OCAB. Diana Capponi a été directrice générale de cela, ou a été la directrice générale de cet organisme. Elle a quitté ses fonctions il y a un an, pour aller travailler au Centre de toxicomanie et de santé mentale. Elle a décidé, tout comme un certain nombre d'autres dirigeants au sein de la communauté, qu'il serait peut-être avantageux d'établir un organisme-cadre qui soutiendrait la création de telles entreprises, et ils ont travaillé d'arrache-pied pour que cela se produise. Certes, des gens des divers ordres de gouvernement ont soutenu cette initiative, et ont continué de soutenir ce modèle.

Mme Chambers : Votre question touche l'une des réponses que je voulais fournir au sénateur Kirby, concernant la naissance du Conseil d'habilitation en Ontario. Nous sommes nés à la suite de la seule et unique conférence nationale canadienne jamais tenue pour les consommateurs survivants et les organismes de consommateurs survivants de partout au pays. Le fait qu'on n'ait jamais tenu un autre événement de ce genre explique en partie les écarts en ce qui concerne la création d'entreprises de consommateurs survivants et d'autres organismes partout au pays.

À l'occasion de cette conférence, un conférencier des Pays-Bas a parlé de l'obligation des établissements psychiatriques de son pays de se doter d'un conseil qui représente les patients dans l'établissement.

Par la suite, notre gouvernement — à l'époque, c'était le NPD — avait décidé de créer des conseils de patients en Ontario. Nous avons créé les premiers conseils à Queenston et Kingston. Ensuite, des conseils ont été établis dans tous les hôpitaux psychiatriques de la province. Toutefois, comme je l'ai déjà dit, de nombreux conseils sont disparus pendant le processus de cession.

L'Empowerment Council a été créé en particulier parce que le Centre de toxicomanie et de santé mentale avait présenté un rapport sur l'habilitation dans lequel il soutenait la création d'un conseil indépendant au centre. Nous faisons tout ce que nous pouvons pour soutenir l'établissement ou le rétablissement de conseils dans d'autres établissements.

Je voudrais également donner suite à votre question concernant le fait de savoir si les solutions de rechange qui s'offrent aux consommateurs survivants permettent au système de soins de santé mentale de réaliser des économies. Il existe des recherches qui montrent que c'est le cas. La toute dernière page de

dollars in hospital days. There has actually been a third study, a longitudinal study, which you can get through the Ontario Peer Development Initiative that shows the same thing.

Mr. Dufresne: You wanted to know how The Dream Team got started? Seven or eight years ago we were looking for a way for board members from different organizations to get together and talk about mental health and housing issues. At that point in time we were called the Boards for Mental Health and Housing Services. We would have regular monthly meetings and sometimes we would invite guest speakers in to talk about different housing issues, but the group did not really seem to be working out very well. Many people, including myself, left because we were not really interested and we did not really see any way that consumers can contribute.

Then at one meeting, Linda and a couple of other consumers got up and started telling their stories, and somebody came up with a great idea, that is what we should be doing.

That is when The Dream Team was created and at that particular time it was only board members involved. As time went on, we started to add other consumers who were not board members, and we just continued to grow from there.

Senator Keon: How did you settle on the name?

Mr. Dufresne: The Dream Team: maybe Linda or Mark could answer it better than me because I was not there at the time they came up with the name.

Mr. Shapiro: There were six of us, I think initially, that were with other community members. We were trying to figure what do we call ourselves and somebody mentioned that it is a dream that we will get these homes, the supportive housing, and so somebody said, let us just call it, "The Dream Team," It is as simple as that. It is a dream that we are looking for and those people living in supportive housing are living a dream.

The Chairman: I thank all of you for attending here today. We really appreciate it.

Our last panel this afternoon consists of three different groups. From The Gerstein Centre, we have Dr. Reva Gerstein, who is the founding chair, philanthropist, and well-known person around Toronto. With her is Paul Quinn who is the director.

We also have David Reville here who is appearing on behalf of himself.

notre mémoire s'assortit de notes de base de page qui décrivent deux études montrant que les solutions de rechange offertes aux consommateurs survivants permettent d'économiser des millions de dollars en jours d'hospitalisation. Il y a une troisième étude, une étude longitudinale, que vous pouvez vous procurer auprès de l'Initiative ontarienne de développement favorisant l'aide entre les pairs, qui tire les mêmes conclusions.

M. Dufresne : Vous voulez savoir comment le Dream Team a fait ses débuts? Il y a sept ou huit ans, nous étions à la recherche d'un processus qui permettrait aux membres de conseils d'administration de divers organismes de se rassembler et d'échanger sur les enjeux touchant la santé mentale et le logement. C'est ce qu'on a appelé, à l'époque, les Boards for Mental Health and Housing Services. Nous tenions régulièrement des réunions mensuelles, et attendions à l'occasion des conférenciers invités qui venaient parler de divers enjeux touchant le logement, mais le groupe ne semblait pas bien fonctionner. De nombreuses personnes, y compris moi-même, avons quitté le groupe parce que nous n'étions pas vraiment intéressés, et que nous ne pouvions pas vraiment voir en quoi les consommateurs pouvaient y contribuer.

Puis, au cours d'une réunion, Linda et quelques autres consommateurs ont commencé à raconter leur histoire, et quelqu'un a eu une bonne idée concernant ce que nous devrions faire.

C'est alors que nous avons mis sur pied le Dream Team, qui se composait au début uniquement des membres du conseil d'administration. Au fil du temps, d'autres consommateurs qui ne faisaient pas partie du conseil d'administration sont venus grossir nos rangs, et nous avons ensuite continué à prendre de plus en plus d'expansion.

Le sénateur Keon : Qu'est-ce qui vous amenés à choisir ce nom?

M. Dufresne : Le Dream Team : peut-être que Linda ou Marc pourraient mieux répondre à cette question que moi, car je n'étais pas là au moment où le groupe s'est arrêté sur ce nom.

M. Shapiro : Si je me rappelle bien, six d'entre nous étaient alors avec d'autres membres de la collectivité. Nous essayions de trouver un nom à notre groupe lorsque quelqu'un a souligné que nous réaliserions un rêve en obtenant ces logements supervisés, puis une autre personne a suggéré que nous nous appelions « le Dream Team ». C'est aussi simple que cela. C'est un rêve qui devient réalité aussi bien pour nous-mêmes que pour les gens que nous aidons et qui habitent dans des logements supervisés.

Le président : Je tiens à vous remercier tous d'être ici aujourd'hui. Nous l'apprécions beaucoup.

Notre dernier panel, cet après-midi, comprend trois groupes. Du Centre Gerstein, nous avons Mme Reva Gerstein, présidente fondatrice, philanthrope et personnalité reconnue à Toronto. Elle est accompagnée de Paul Quinn, le directeur de l'établissement.

Nous avons aussi David Reville, qui comparaît à titre personnel.

Then we have three people from From The Heart Committee. It is bad English, two “froms” in a row. Doug Millstone is a family law lawyer, Patricia Commins who is a retired, and Michael Flaxman who is a volunteer.

So, I think, Reva, we will begin with you. I don't know if you or Paul are doing the presentation but thank you very much for coming and it is nice to see you again.

Dr. Reva Gerstein, Founding Chair, The Gerstein Centre: I think I can be heard. I am delighted that we were invited. Paul Quinn, who is beside me, is the director of The Gerstein Centre, and I would like to very quickly indicate that The Gerstein Centre is not named by me but for me.

I also want to commend you, Mr. Chairman, Senator Michael Kirby, and all your colleagues for the work you have been doing these past few years. It is important. It has been done well. It is outstanding and it is serious. There is no question that from someone who has been around for a little while, I am grateful for what you have done and the issues that you have pointed out, and where you will go from there.

My CV and kit have been circulated so we do not have to go into all that. I will zero in on two things. I think if I just tell you one date, it will make you realize that I come from a long way. I got my Ph.D. in 1945. I was connected with Dr. Clarence Hincks and Dr. John Griffin in the original stages of the Canadian Mental Health Association, CMHA, so I have a long history.

I will simply pick out two or three salient points of that whole span and not go into an encyclopedia on mental health in Canada.

One of the first things in looking back that fascinates me, which I realize was an important turning point, was when Dr. Hincks called to tell me someone was coming from Europe to tell us about a new medication. That was about 50 years ago. The new medication was developed in Germany and it was to make it possible, they felt, for all people who had been in asylums, or whatever, with mental illness to be released from institutions.

As I look back at that and think about where we were then and how long it took to get away from there, I suppose we still have a mentality of a magic bullet that somewhere there is a medication you can give for any disease, whatever, and everything will be just fine. When I realized even today there are still concerns about the dosages for children, the concerns about the high rate of suicide among young people, and the whole thing about dosages — and I am not just talking mental health now, I am talking about health in general, and the dosages for older people — we still have to

Enfin, nous avons trois membres du From The Heart Committee. Doug Millstone est avocat dans le domaine du droit de la famille, Patricia Commins est à la retraite, et Michael Flaxman est bénévole.

Donc, Reva, je crois que nous allons commencer par vous. Je ne sais pas si c'est vous ou Paul qui devez prendre la parole, mais je tiens à vous remercier d'être venue; je suis heureux de vous revoir.

Mme Reva Gerstein, présidente fondatrice, le Centre Gerstein : Je crois que je peux être entendue. Je suis heureuse que vous m'ayez invité. Paul Quinn, qui est assis à côté de moi, est le directeur du Centre Gerstein, et je tiens à souligner rapidement que le Centre Gerstein a été nommé ainsi non pas par moi, mais pour moi.

Je tiens aussi à vous féliciter, monsieur le président, ainsi que le sénateur Michael Kirby et tous vos collègues, du beau travail que vous faites depuis plusieurs années. C'est important. Vous faites du bon travail, de façon rigoureuse et consciencieuse. J'en suis tout à fait convaincue, moi qui œuvre dans le secteur depuis quelque temps; j'apprécie ce que vous avez fait, les questions que vous avez soulevées et les efforts que vous continuerez de déployer.

Mon curriculum vitae et autres documents connexes ont été distribués, de sorte que nous n'avons pas besoin de revoir tout ça. Je tiens à porter deux choses à votre attention. Je crois que si je vous précise une date, vous allez vous rendre compte du long chemin que j'ai parcouru. J'ai obtenu mon doctorat en 1945. J'ai collaboré avec les Drs Clarence Hincks et John Griffin dans les débuts de l'Association canadienne pour la santé mentale, l'ACSM, de sorte que j'ai une longue expérience dans le domaine.

Permettez-moi tout simplement de souligner deux ou trois points saillants de cette période, au lieu de me lancer dans une description encyclopédique de l'histoire de la santé mentale au Canada.

En rétrospective, je dirais que, parmi les premiers événements qui m'ont marquée le plus, c'est au moment où, ce qui était d'ailleurs un point tournant comme je m'en rends compte aujourd'hui, le Dr Hincks m'a téléphoné pour me dire que quelqu'un venant d'Europe devait venir nous faire part d'un nouveau médicament. C'était il y a 50 ans. Ce médicament a été élaboré en Allemagne, et il devait, selon ses concepteurs, permettre à toutes les personnes internées dans des asiles psychiatriques ou soignées ailleurs pour des troubles mentaux de recevoir leur congé de ces établissements.

Lorsque je repense à tout ça et que je revois le long chemin que nous avons parcouru depuis, je présume que nous avons toujours tendance à chercher la pilule magique, le médicament pour chaque maladie, et à croire que nous pourrions tout régler ainsi. Nous sommes préoccupés encore aujourd'hui par les posologies pour les enfants, par le taux de suicide élevé chez les jeunes et par tout ce qui touche les posologies — et je ne parle plus ici seulement de la santé mentale, mais aussi de la santé en général, ainsi que des posologies pour les personnes âgées —, car nous

move a long way. What is interesting is that we did not have one sense at all of the psychosocial support system that would be needed and required along with the medication.

It was not really until almost 30 years later that I was invited by the mayor of Toronto in the early 1980s to head up a task force to develop a plan for the City of Toronto to deal with the de-institutionalization of psychiatric patients in the community of Toronto. In all fairness, in all those years I was not involved only in mental health. I had gone off in many directions but it intrigued me that, after all those years, they wanted me to do this. I thought this would be an interesting opportunity as a volunteer to think through freshly where we were and what had happened. I had an excellent advisory committee with me so I did not do it all alone. It took over a year of hearings and listening and it was my first encounter with people like Pat Capponi who I consider my key mentor and her sister Diana. What was really thrilling for me today was to contrast what I had heard 25 years ago when we first had the emergence of psychiatric survivors — nervous, articulating for the first time about the things that they wanted to say — and to listen to the people today. That in itself has a long history in terms of experience, respect, their place in the world, et cetera, and they do not really need me anymore.

The role of survivors is very, very important and I noticed in your issues that you used the word “client patient.” This should be at a very important jump-off point for you and I would tell you again, that was when my head was turned around to really look at the world of mental health through the eyes of survivors. One of the things arising out of that report — and I am not going to go into my whole report that came out, I believe you have it in your kit and I am not saying that all the others are not important, they are very important and you have heard people speaking for themselves about the various services that they developed, many of them which were first touched upon 25 years ago — there was one, which now is called The Gerstein Crisis Centre. It focused upon a crisis centre that was community-based and non-medical, and that was not an easy thing to sell later on. It was a psychosocial support system, short term; not a shelter and not a residence. It had three facets to it. It had a 24-hour telephone service. It had three shifts of staffing. It had a mobile unit and it could house 16 people if they had to be brought back to the shelter. The approach was not one that rested on diagnosis. It was not a medical approach. It was a psychosocial support system. What is important is the development of the psychiatric survivors as an integral part of what The Gerstein Centre is and became.

When crisis workers are hired, the selection committees include psychiatric survivors in the selection. They are not asked for their degrees or their honours. What they bring is their sensitivity and awareness of the needs of someone who is in crisis, and the

avons encore beaucoup de chemin à parcourir. Fait intéressant, nous n'avions aucune idée du système de soutien psychosocial qui serait requis pour le médicament.

Ce n'est que près de 30 ans plus tard, au début des années 80, que le maire de Toronto m'a invitée à diriger un groupe de travail chargé d'élaborer un plan visant à permettre à la Ville de Toronto de faire face à la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques dans la collectivité de Toronto. Je dois vous avouer que, pendant toutes ces années, je n'ai pas œuvré uniquement dans le domaine de la santé mentale. Je m'étais lancée dans de nombreux autres projets, mais j'étais tout de même intriguée que, après toutes ces années, on voulait que je fasse cela. Je me suis dit que ce serait une occasion intéressante, à titre de bénévole, de voir d'un autre œil la situation et ce qui c'est passé. Comme j'étais entourée d'un excellent comité consultatif, je n'ai pas fait tout ça toute seule. Nous avons tenu des audiences et avons écouté ce que les gens avaient à dire pendant un an, et c'est alors que j'ai rencontré pour la première fois des gens comme Pat Capponi, que je considère comme mon mentor principal, et sa sœur Diana. Avant de me présenter aujourd'hui, j'avais vraiment très hâte d'écouter ce que les gens avaient maintenant à dire, par rapport à ce que j'avais entendu 25 ans plus tôt de la part des premiers survivants psychiatriques à se manifester — déjà nerveux à l'idée de raconter pour la première fois ce qu'ils voulaient dire. En raison de toute l'expérience, du respect, de la place dans le monde et des autres avantages qu'ils ont réussi à acquérir, ces gens n'ont plus réellement besoin de moi.

Le rôle de survivant est vraiment très important, et je constate dans vos documents que vous utilisez l'expression « patients-clients ». Le tout devrait représenter pour vous un grand point tournant, et je le répète, c'est alors que j'ai commencé à envisager l'univers de la santé mentale d'un tout autre point de vue, celui des survivants. Parmi les résultats qu'a donnés mon rapport — et je n'ai pas l'intention de passer en revue ce rapport point par point, puisque je crois bien qu'on vous l'a distribué, et je ne cherche nullement à dénigrer l'importance de tout le reste, qui est très important aussi, comme vous avez pu le constater vous-mêmes en écoutant les gens décrire les divers services qu'ils ont élaborés, dont bon nombre ont été amorcés il y a 25 ans —, parmi ces résultats donc, mentionnons ce qu'on appelle maintenant le Gerstein Crisis Centre. Il s'agissait d'un centre de crise communautaire et non médical, ce qui n'a pas été un concept facile à faire accepter. C'était non pas un refuge ou une résidence, mais un système de soutien psychosocial à court terme. Il comportait trois facettes. On y offrait un service téléphonique 24 heures sur 24. Il comptait trois quarts de travail. Il avait une unité mobile, qui pouvait recevoir jusqu'à 16 personnes s'il fallait en ramener au refuge. L'approche n'était pas fondée sur le diagnostic. Ce n'était pas une approche médicale. C'était un système de soutien psychosocial. L'important, c'est le développement des survivants psychiatriques, qui font partie intégrante du Centre Gerstein et de ce qu'il est devenu.

Lorsqu'ils embauchent des travailleurs à l'intervention d'urgence, les comités de sélection choisissent entre autres les survivants psychiatriques. On ne leur demande pas d'avoir des diplômes ou des titres honorifiques. Ils doivent plutôt connaître et

approach is to crisis, not a particular illness. I think that is important to emphasize. One-third of our board is always made up of psychiatric survivors and I keep mentioning these things. We have agencies. We have young women lawyers. We have connections and relationships with all kinds of agencies in the community. We have referrals from hospitals. We are 16 years old now. What is interesting is that, through the 16 years, we have been supported by all three political parties who had been in power. It started at the city level but the city does not have money. At that time, you had to go through metro and then you had to go to the province to get this kind of thing financed.

We are not saying that this is a cult and this is the only way to work with psychiatric survivors, but it is amazing what an attitude has meant, an attitude that respects those who have been in crisis and are in crisis. It is also an attitude at a board meeting which has to stay fresh. I have a very strong feeling about things becoming institutionalized, and one of my pet questions every few months is to ask, Have we turned anybody away and, if so, why? That gives you a clue to your changing caseload, or if there are some unusual things that you were not aware of that are starting to come in, or there are some things out there that we cannot handle. This has been an important experience for me. I have many, many colleagues.

Right beside me is the person who is the director and he has been the director with me for 16 years. I found him originally with the Parkdale Activity-Recreation Centre and he is going to be handling the details.

The important thing for me to say is that attitude is one of the most important things when you are working in this field with psychiatric survivors. Yes, you have to listen. You have to respect self-esteem. Empathy is extraordinarily important and does not come necessarily with degrees. Some people are very good psychiatrists and they have empathy. Some people are good psychologists and they have empathy, and some people are social workers or whatever; I can go through the whole gambit. This is not important to us. The important thing is their attitudes: truthfulness, no condescension, and expectations clarified with the person you are working with that they are not going to be there for a long time, within a certain time interval, but they are helped through.

It is with that note and pleasure that I now turn the comments over to my director who can really help you with a lot of details and tell you how things look from his end.

Mr. Paul Quinn, Director, The Gerstein Centre: There is not much to add to what Dr. Gerstein has said except that I think one of the things that we did when we started was make sure that we

comprendre les besoins d'une personne en crise, car notre approche est axée non pas sur une maladie en particulier, mais sur l'état de crise. Je tiens à souligner l'importance de cela. Le tiers de notre conseil d'administration se compose de survivants psychiatriques, ce dont je fais toujours état. Nous avons des organismes. Nous avons de jeunes avocates. Nous avons établi des liens et relations avec toutes sortes d'organismes dans la collectivité. Les hôpitaux nous envoient leurs patients. Nous sommes établis depuis maintenant 16 ans. Fait à noter, les trois partis politiques qui se sont succédé au cours de ces années nous ont tous appuyés. Nous avons commencé à l'échelle municipale, mais la Ville n'a pas d'argent. À l'époque, il fallait passer par l'administration de la région métropolitaine, puis par le gouvernement provincial avant d'obtenir un financement pour ce genre de projet.

Loin de nous l'idée de faire de cette approche un culte ou de prétendre que la seule méthode valable, c'est de travailler avec les survivants psychiatriques, mais il n'empêche que l'attitude préconisée ici, soit une attitude empreinte de respect envers les personnes qui ont connu une crise ou sont actuellement en crise, a donné des résultats incroyables. C'est aussi une attitude que doivent toujours adopter les membres du conseil d'administration au cours de leurs réunions. Je suis très préoccupée par les questions touchant l'institutionnalisation, et je m'arrête tous les deux ou trois mois pour me poser la question suivante : avons-nous refusé des gens et, le cas échéant, pourquoi? C'est un bon moyen d'évaluer sa charge de travail en évolution, de déterminer si certains cas inhabituels se sont manifestés sans qu'on l'ait su, ou bien de savoir si nous ne sommes pas en mesure de traiter certains cas. Cela c'est révélé une expérience importante pour moi. J'ai un très grand nombre de collègues.

Près de moi se trouve le directeur, qui m'appuie à ce titre depuis 16 ans. Il travaillait initialement au Parkdale Activity-Recreation Centre, mais je lui laisse le soin de vous fournir les détails.

Je tiens particulièrement à préciser à quel point l'attitude est importante : c'est l'une des choses les plus importantes lorsqu'on travaille dans ce domaine auprès de survivants psychiatriques. En effet, il faut savoir écouter. Il faut reconnaître le besoin d'estime de soi. L'empathie est d'une importance cruciale, et ce n'est pas avec des diplômes qu'on l'acquiert. De très bons psychiatres ont de l'empathie. De bons psychologues, travailleurs sociaux, et j'en passe, ont également de l'empathie. Ce n'est pas leur statut qui compte pour nous; l'important, c'est leur attitude : ils doivent faire preuve de sincérité sans jamais se montrer condescendants, et ils doivent expliquer aux personnes avec lesquelles ils travailleront qu'elles ne resteront pas là pendant très longtemps, mais qu'elles seront aidées tout au long de leur séjour.

C'est donc sur cette note et avec plaisir que je cède maintenant la parole à mon directeur, qui pourra vous apporter beaucoup de précisions et vous donner un aperçu de la situation d'après son expérience.

M. Paul Quinn, directeur, le Centre Gerstein : Il n'y a pas grand-chose à ajouter à ce que Mme Gerstein vient de dire, mis à part le fait que nous avons dû trouver un emplacement à nos

had a place and Dr. Gerstein was instrumental in finding it. It is the old police staff house in downtown Toronto, a large Victorian house that is set up in a very nice way for people to come in and spend some time. We looked at a number of places in Montreal in terms of crisis centres and they all had very nice office space for the staff. They all had very nice furniture for the staff, and when you saw where people were staying, you saw three and four beds in a room, second-hand furniture poorly setup, and no common space. We did it the opposite way.

All the staff space is in the back of the house. All the client space is in the front. All the client space has the southern exposure, the good sun, a nice place for people to be and lots of open space for people to spend time in. The setting itself respects the individual when they walk in. Staff often talk about how the house does much of the work for them when people come in.

The other thing we did when we started was look at who we were hiring. We looked not at degrees and diplomas but at people and people's attitudes. We deliberately set out to try and hire as many psychiatric survivors as we could who had otherwise qualified for the job. About a third of our staff were psychiatric survivors and everybody was hired at the same level. Everybody was a community crisis worker. Whether they had a degree in nursing, a master's degree in psychology or a grade school diploma did not matter. If they could do the job, had the experience and had the right attitudes, they all did the same thing and they worked together as a team. That I think is incredibly important. It brings a variety to the job and the work. It brings a variety of perspectives that allow people to relate to the individuals who are calling, in various states of crisis.

It was originally set up for 16 beds but we wound up only with 10 because of the local bylaws. We could not have more than that in a setting and where we were so it has 10 beds. We get about 1,500 phone calls per month from people in various stages of crisis; everything from somebody calling in wanting to know if somebody is going to be on the other end of the phone in case they get into crisis to someone who is actively suicidal. That means staff have to be very flexible and know a lot about the services that are available for people when they are on the phone.

We go out on about 100 or more mobile visits so we have a mobile team that actually goes out and sees people in the community. We will meet them in their house. We will meet them in a hospital, in a park, at a coffee shop or wherever the person is comfortable meeting with us, taking into account safety for staff.

débuts, ce que Mme Gerstein nous a grandement aidés à trouver. Nous sommes situés dans l'ancien poste de police du centre-ville de Toronto, grande maison victorienne que nous avons aménagée de façon très agréable pour les gens qui viennent y séjourner. Nous avons visité un certain nombre de centres de crise à Montréal qui comptaient de très beaux bureaux pour le personnel. Le mobilier destiné aux employés était très beau dans tous les cas, mais les gens qui séjournaient aux centres avaient quant à eux droit à des pièces où l'on avait disposé trois ou quatre lits et qui étaient mal aménagées avec des meubles usagés, le tout sans aucune aire commune. Nous avons fait le contraire.

Tous les bureaux du personnel sont situés à l'arrière de la maison. Les pièces destinées aux clients sont à l'avant. Toutes ces pièces ont une vue sur le sud et sont bien ensoleillées, bref un endroit agréable et spacieux pour les gens qui viennent y passer du temps. L'aménagement lui-même est axé sur les besoins des gens, comme ils peuvent le constater en arrivant. Les employés soulignent souvent les bienfaits que procure déjà la maison aux gens qui y entrent avant même qu'ils ne reçoivent de l'aide.

Lorsque nous avons commencé, nous avons également bien évalué les personnes que nous embaucherions. Ce qui importait pour nous, c'était non pas les diplômes et les certificats des titulaires, mais leur nature et leur attitude. Nous voulions embaucher le plus possible de survivants psychiatriques parmi tous les candidats qualifiés pour ce genre de travail. Nous avons réussi à ce que les survivants psychiatriques comptent pour le tiers de notre personnel, et nous avons embauché tout le monde au même titre. Tous les employés étaient des travailleurs communautaires à l'intervention d'urgence. Qu'ils aient un diplôme en sciences infirmières, une maîtrise en psychologie ou un diplôme d'études secondaires importait peu. S'ils étaient en mesure de faire le travail et qu'ils possédaient l'expérience requise et avaient la bonne attitude, on estimait qu'ils effectuaient le même travail en collaboration avec toute l'équipe. Je crois que cette façon de voir les choses est d'une importance cruciale. Elle permet de diversifier le travail et les tâches quotidiennes. Elle offre différentes perspectives aux employés, ce qui les aide à comprendre les gens qui leur téléphonent dans divers états de crise.

Nous avions d'abord prévu 16 places au centre, mais nous nous sommes retrouvés avec 10 seulement, en raison des règlements municipaux. Nous n'avions pas le droit d'en avoir plus dans cet établissement, c'est pourquoi nous n'avons que 10 places. Nous recevons environ 1 500 appels téléphoniques par mois de gens dans divers états de crise : depuis des personnes qui veulent s'assurer d'avoir quelqu'un au bout du fil en cas de crise jusqu'aux personnes qui sont carrément suicidaires. Le personnel doit faire preuve d'une grande souplesse et connaître sur le bout des doigts les services offerts aux gens qui téléphonent.

Nous effectuons environ 100 visites ou plus sur place, de sorte que nous avons une équipe mobile chargée d'aller voir les gens dans la collectivité. Nous les rencontrons chez eux. Nous les rencontrons à l'hôpital, dans un parc ou dans un café, quel que soit l'endroit où ils se sentent le plus à l'aise pour nous parler, dans la mesure où celui-ci est sécuritaire pour notre personnel.

I think the most important piece that we do though, is the house when we bring people back. They get three to five days, sometimes seven. It is very flexible in terms of what an individual needs when they come in, and you set up a plan with them. The person coming in, who is the client or the person in crisis, has a say in how their crisis is handled. One of the things we do is ask people those kinds of questions. We have a questionnaire we give out to people when they stay, and I actually had one returned today. One of the questions we ask is, Did you have a say in how your crisis was handled? Every year we get between 80 and 90 per cent responding that, yes, they did have a say in how it was handled, and that is incredibly important. It is more effective if people know that they had control over what happened to them and had a say in what happened to them even if we do not have a lot of great choices out there. There is certainly never enough housing that is easy to access but it is still an opportunity for people to make some decisions about what they do.

The other piece I think that is really important is when we were funded by the ministry, we were able to get two training positions. I think that probably slipped by. They did not notice it but we managed to have two positions for trainees. These are paid positions. We hire individuals for a one-year contract where they get on-the-job training. It is specifically for people that have been through the psychiatric system themselves who want to work in the field but have been unable to either get the education or experience necessary to get full-time jobs. We have managed to train approximately 12 people in the 16 years we have been there, of whom 10 are currently working full-time in either social services or community mental health somewhere. Two of them are currently working full-time at The Gerstein Centre, and have been a valuable asset to us.

One of the individuals was actually a client of The Gerstein Centre when we first opened, made some decisions about how she wanted to handle her life and wound up coming back, doing the training, going out and working somewhere else. Now she is back as a full-time crisis worker at The Gerstein Centre. What she brings to the centre is, she says I know what it is like to be on the other side of the door. Staff work in an office answering the phones. She says, I know what it is like to be on that other side of the door. That is something that I do not think you can teach people at university, college or anywhere else. That kind of life experience is what we need more of, in community mental health.

You have heard from a number of survivors today. Hopefully, you will hear from more, but I think those are the people you really need to listen to in terms of what the mental health system needs to look like, and what kinds of things need to be put in

À mon avis, le moment le plus important de ce que nous faisons est celui où nous ramenons les gens à notre centre. Ils peuvent y rester de trois à cinq jours, parfois même jusqu'à sept jours. Nous sommes très ouverts aux besoins de la personne lorsqu'elle arrive sur place, et nous établissons un plan avec elle. La personne qui vient nous voir, à titre de client ou de personne en crise, a son mot à dire dans la manière dont nous comptons l'aider à résoudre sa crise. Entre autres, nous posons aux gens des questions pertinentes. Nous leur distribuons un questionnaire lorsqu'ils viennent chez nous, et on m'en a justement retourné un aujourd'hui. Parmi les questions que nous posons, mentionnons la suivante : avez-vous eu votre mot à dire dans la manière dont on s'y est pris pour résoudre votre crise? Chaque année, de 80 à 90 p. 100 des gens répondent par l'affirmative à cette question et qu'ils attachent énormément d'importance à cela. L'intervention est beaucoup plus efficace si les gens savent qu'ils ont un certain contrôle sur ce qu'ils leur arrivent et qu'ils ont leur mot à dire à ce chapitre, même s'ils ne disposent pas d'un grand nombre d'options. C'est vrai que les gens n'ont jamais suffisamment accès à des refuges, mais ils peuvent quand même faire un choix parmi les options qui s'offrent à eux.

Il y a autre chose que j'estime être très important : lorsque nous avons été financés par le ministère, nous avons pu obtenir deux postes de stagiaire. Cela a probablement passé inaperçu. On ne s'en est pas rendu compte, mais nous avons pu obtenir ces deux postes. Il s'agit de postes rémunérés. Nous embauchons les stagiaires aux termes d'un contrat d'un an, période pendant laquelle ils reçoivent une formation sur place. Cette formation s'adresse aux gens qui ont déjà passé eux-mêmes par le système psychiatrique et qui veulent travailler dans le domaine, mais qui n'arrivent pas à acquérir la formation ou l'expérience requise pour obtenir un emploi à temps plein. Nous avons réussi à former environ 12 personnes au cours de nos 16 ans d'existence, dont 10 travaillent actuellement à temps plein quelque part pour des services sociaux ou des services communautaires de santé mentale. Deux d'entre elles travaillent actuellement à temps plein au Centre Gerstein et se sont révélées des atouts précieux pour nous.

L'une de ces personnes a en fait été une cliente du Centre Gerstein à nos débuts : elle a pris sa vie en main et a décidé de revenir sur place pour y suivre une formation, puis elle est partie pour aller travailler ailleurs. Elle est maintenant revenue au Centre à titre de travailleur à l'intervention d'urgence et travaille à temps plein. Comme elle le dit si bien, elle apporte beaucoup au Centre parce qu'elle sait ce que c'est que d'être de l'autre côté de la porte. Les employés répondent aux appels téléphoniques de leur bureau. Elle précise savoir ce que c'est que d'être de l'autre côté de la porte. Je ne crois pas que vous puissiez enseigner cela à l'université, au collège ou ailleurs. Nous avons davantage besoin de personnes qui ont une telle expérience de la vie dans les centres communautaires de santé mentale.

Vous avez entendu un certain nombre de survivants aujourd'hui. J'espère que vous aurez l'occasion d'en entendre d'autres, car j'estime que ce sont surtout ces gens-là que vous devez écouter en vue de déterminer les besoins du système de santé

place. They are the ones who are receiving the service. They know what it is like and they are the ones you should be listening to. Thank you.

The Chairman: Thank you. David Reville.

Mr. David Reville, as an individual: Good afternoon, senators. I appreciate the opportunity to speak to you today. I am a psychiatric survivor. In the mid-1960s, I spent two years in psych hospitals and so profoundly troubled was I by that experience that I have spent 40 years now trying to change the way we respond to mental illness.

Now and then, I have been lucky enough to be in the right place at the right time. For instance, I was in the right place when the mayor of Toronto appointed Dr. Reva Gerstein to head up her inquiry into the plight of people being discharged from the Queen Street Mental Health Centre, as it then was. My brilliant stroke was to introduce Pat Capponi to Dr. Gerstein, and I think probably the people of Ontario should be really grateful that I had the foresight to make that introduction.

Dr. Gerstein and Pat Capponi together convinced the province to fund the very first non-crisis intervention centre, non-medical intervention centre.

The Gerstein Centre has been an incredible resource to consumer survivors, not just because it intervenes in a tender way when we are in crisis, but also because it lends us the boardroom when we have no other place to meet. The Gerstein Centre has also been incredibly generous with its executive director, Paul Quinn. For instance, the Gerstein Centre lent Paul Quinn to A-Way Express for six years as our treasurer. I am proud to be the co-chair of A-Way Express and I can tell you we sure miss Paul Quinn. I think Paul has been on the board of the Ontario Council of Alternative Businesses since the year dot; is that right?

Mr. Quinn: Pretty close.

Mr. Reville: Pretty close, and so that is another resource that The Gerstein Centre provides to our community.

I do not have anything very different to say to you this afternoon than the other survivors have said, with perhaps one small exception: I am a great fan, as you might guess, of survivor business, and a great fan of other types of survivor initiatives.

I want to tell you a bit about an educational program I am involved with, which I think holds great promise, and I want to talk a bit about an information-sharing mechanism.

I was in the right place at the right time in 1991. I was special adviser to the Premier when the treasurer was looking for anti-recession activities in Ontario. One of those anti-recession activities was to put \$3.1 million directly into the hands of the consumer survivors to deliver various kinds of self-help activity:

mentale et le genre de chose qu'il faudrait mettre en place. Ce sont eux qui reçoivent les services. Ils savent exactement ce qu'il en est, de sorte que c'est eux que vous devriez écouter. Merci.

Le président : Merci. C'est à vous, monsieur David Reville.

M. David Reville, à titre personnel : Bonjour, sénateurs. Je vous remercie de me donner l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui. Je suis un survivant psychiatrique. Au milieu des années 60, j'ai passé deux ans dans des hôpitaux psychiatriques, expérience qui m'a tellement troublé que je m'efforce maintenant depuis 40 ans de changer notre façon de réagir aux maladies mentales.

De temps à autre, j'ai eu la chance de me trouver au bon endroit au bon moment. Par exemple, j'étais au bon endroit lorsque le maire de Toronto a demandé à Mme Reva Gerstein de diriger une commission d'enquête au sujet de la situation lamentable des gens qui ont reçu leur congé du Queen Street Mental Health Centre, comme on le connaissait alors. J'ai eu l'idée brillante de présenter Pat Capponi à Mme Gerstein, et je crois bien que les Ontariens doivent m'être très reconnaissants de la bonne idée que j'ai eue là.

Mme Gerstein et Pat Capponi ont réussi ensemble à convaincre le gouvernement provincial de financer le tout premier centre d'intervention d'urgence d'approche non orthodoxe et non médical.

Le Centre Gerstein s'est révélé une ressource incroyable pour les consommateurs survivants, non seulement parce qu'il intervient avec douceur lorsque nous sommes en crise, mais aussi parce qu'il nous prête sa salle de conférence lorsque nous n'avons pas d'autres lieux où nous rencontrer. Le Centre Gerstein a également fait preuve d'une grande générosité à l'endroit de son directeur exécutif, Paul Quinn. Par exemple, il a prêté Paul Quinn à A-Way Express pendant six ans à titre de trésorier. Je suis fier d'être le coprésident de A-Way Express, et je peux vous assurer que Paul Quinn nous manque. Je crois bien que Paul fait partie du conseil d'administration de l'Ontario Council of Alternative Businesses depuis très longtemps, n'est-ce pas?

M. Quinn : On pourrait le dire.

M. Reville : On pourrait en effet le dire, et c'est donc une autre ressource que le Centre Gerstein offre à notre collectivité.

Je n'ai pas grand-chose d'autre à ajouter cet après-midi aux propos des survivants, sauf peut-être ceci : je défends ardemment, comme vous pouvez le deviner, la cause des survivants, et je salue toutes les initiatives déployées dans ce domaine.

J'aimerais vous donner un aperçu d'un programme d'éducation auquel je participe et qui me semble très prometteur, et je voudrais aussi vous faire part rapidement d'un mécanisme d'échange d'information.

J'étais au bon endroit au bon moment en 1991. J'étais conseiller spécial du premier ministre au moment où le trésorier cherchait à financer des activités qui permettraient de combattre la récession en Ontario. Entre autres, on a versé 3,1 millions de dollars directement aux consommateurs survivants pour qu'ils

to do pure support, to do advocacy, to collect and disseminate survivor knowledge and, of course, to develop and operate survivor-run businesses.

I am happy to be here this afternoon with at least six employees of A-Way Express that I have seen coming in. Of course, you have met Becky McFarlane who used to be the kitchen manager of the Raging Spoon, and who now does the OCAB partnership; and Diana Capponi who for many years was the executive director of Fresh Start Cleaning and Maintenance and then for about 10 years the executive director of the Ontario Council of Alternative Businesses.

Dr. Gerstein was perhaps modest in that she did not tell you that her 1984 report was also responsible for A-Way Express because she knew that survivors needed a way to participate in the economy.

Another of my colleagues is with us this afternoon, Dr. Kathryn Church, who is a colleague of mine at Ryerson University. She has just returned from Taipei where she attended the Fifth Asian NGO Forum and she screened the film about Ontario survivor businesses, *Working Like Crazy* with subtitles in Mandarin. You know that the film — you have heard about it several times today — takes you to three sites in Toronto: A-Way Express Courier Service, the Raging Spoon diner and catering company and Fresh Start Cleaning and Maintenance.

In a chapter for a forthcoming book, Dr. Church tells stories about the film's distribution across Ontario and the United Kingdom. She makes some recommendations about how to foster survivor economic development, which I will imagine you will find interesting. I am not sure that anybody has mentioned this but one of the problems we face in survivor business is the regressive income and benefits policies that we have in this country, particularly the threshold on earnings before this disastrous clawback begins of 75 cents on every dollar above \$160 a month.

Another thing that may not seem obvious but that is very important in terms of developing survivor businesses, not just in Ontario but elsewhere in Canada, is that we need to have policies that foster the growth of survivor groups and survivor leaders generally. We also need to move the work of economic development into the hands of the survivor community.

Survivor businesses foster the development of several types of informal learning. Yesterday I was pleased to be at an event that fused the informal learning with the more formal learning because I brought Pat Capponi and Diana Capponi to a workshop for the students of the Assistant Cook Extended Training program, ACET. The program is a partnership project of the Centre for Addiction and Mental Health and George Brown College, which is a community college here in Toronto that is quite famous for its hospitality centre. ACET is designed to train people with mental

déploient toutes sortes d'activités d'entraide : offrir un appui direct, défendre leur cause, recueillir et diffuser des renseignements sur les survivants et, bien sûr, mettre sur pied et exploiter des entreprises de survivants.

Je suis heureux d'être, cet après-midi, en compagnie d'au moins six employés de A-Way Express, que j'ai vu entrer. Bien sûr, vous avez rencontré Becky McFarlane, ex-chef cuisinière de Raging Spoon, qui fait maintenant partie du partenariat de l'OCAB, ainsi que Diana Capponi, qui a été pendant de nombreuses années la directrice exécutive de Fresh Start Cleaning and Maintenance et ensuite pendant 10 ans la directrice exécutive de l'Ontario Council of Alternative Businesses.

Je crois que Mme Gerstein a plutôt été modeste, car elle ne vous a pas dit que son rapport de 1984 a également permis la création de A-Way Express, du fait qu'elle savait que les survivants devaient trouver un moyen de participer à l'économie.

Nous avons également avec nous cet après-midi Mme Kathryn Church, l'une de mes collègues de l'Université Ryerson. Elle vient de rentrer de Taipei, où elle a assisté au cinquième forum des ONG asiatiques et a visionné le film relatif aux entreprises de survivants de l'Ontario, *Working Like Crazy*, sous-titré en mandarin. Comme vous le savez, ce film — vous en avez déjà entendu parler à plusieurs reprises — vous montre trois établissements à Toronto : le service de messagerie A-Way Express, l'entreprise de restauration et de traiteurs Raging Spoon et Fresh Start Cleaning and Maintenance.

Dans un chapitre d'un livre qu'elle doit bientôt publier, Mme Church parle de la distribution du film en Ontario et au Royaume-Uni. Elle présente des recommandations relativement à la manière de favoriser le développement économique des survivants, ce qui devrait sans aucun doute susciter votre intérêt. Je ne sais pas si on l'a déjà mentionné, mais là où le bât blesse dans le secteur des entreprises de survivants, c'est au chapitre des politiques de revenu et avantages dégressifs que nous avons établies dans notre pays, notamment la malheureuse disposition de récupération, qui s'applique aux contribuables dépassant un certain revenu, à raison de 75 cents par dollar au-dessus de 160 \$ par mois.

Parmi les autres considérations très importantes qui ne sautent peut-être pas tout de suite aux yeux lorsqu'on envisage l'expansion d'entreprises de survivants non seulement en Ontario, mais ailleurs au Canada, mentionnons l'importance de formuler des politiques visant à favoriser la croissance en général de groupes de survivants et de leaders parmi les survivants. Nous devons également permettre aux survivants de participer au développement économique.

Les entreprises de survivants favorisent l'élaboration de divers outils d'apprentissage extrascolaire. Hier, j'ai eu le plaisir de participer à un événement au cours duquel l'apprentissage extrascolaire s'assortissait d'un apprentissage plus conventionnel, car j'avais demandé à Pat Capponi et à Diana Capponi de participer à un atelier destiné aux étudiants inscrits au programme Assistant Cook Extended Training, l'ACET. Ce programme est un projet de partenariat du Centre de toxicomanie et de santé mentale et du collège George Brown, collège

health and addictions problems for careers in the food service industry. It is funded primarily by the Ontario Disability Support Program that is part of the community and social services here in Ontario. We are just now beginning our second group of 24 students. The first group of 24 students graduated in December, and some of them are now working. I am sure that ACET could be a model for other community college programs, not just here in Ontario, but across the country, and it does not have to deal only with cooking. It could deal with any number of occupational trainings that people could benefit from.

Survivor initiatives and survivor business have quite a long history in Ontario now. The assisted training program is in its infancy but I think it has relevance for other parts of the country, and it requires governments and the other provincial governments to bite the bullet and put money directly into the hands of survivors so that survivors can decide what best to do with that money.

That is why I want to mention just one more thing before I close. We need an information-sharing mechanism that allows the provinces and territories to benefit from nifty programs that they may be able to develop locally, provincially and territorially. I know that we made a presentation as survivor businesses a number of years ago to the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health, and I saw Carl Lakaski here who coordinated that. That could be reinvigorated although I would prefer a table with rather more people around it; survivors and family members as well as bureaucrats.

Thank you for your attention and I look forward to reading your fourth report in November.

The Chairman: Thank you, David. Now we have three representatives from From the Heart beginning with Doug Millstone.

Mr. Douglas J. Millstone, Family Law Lawyer, From The Heart Committee: Senators, my name is Doug Millstone. I am 54. I am a sole practitioner. I am a family law lawyer. I have been doing this for almost 30 years. I am in a wonderful, new relationship. I am the father of Aviva, Eytan and Dov and I have two delightful stepchildren, Laurie and Rob. I am a long-time addiction volunteer, volunteer trainer and speaker, and I have a number of other long-term volunteer pursuits.

Depending on the context in which I would find myself, I would normally stop here. It is in this setting that I am also sharing with you, and by extension the public at large, that I am in recovery from alcoholism and have been clean and sober for over 18 and a half years. I have never said this publicly before.

communautaire situé ici à Toronto qui est assez reconnu pour son école de tourisme et d'hôtellerie. Le programme ACET vise à former les personnes qui souffrent de troubles mentaux et de toxicomanie à des carrières dans le domaine de la restauration. Il est financé principalement par le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, lequel fait partie des services communautaires et sociaux offerts ici en Ontario. Nous venons juste d'avoir notre deuxième groupe de 24 étudiants. Les 24 premiers étudiants ont reçu leur diplôme en décembre, et certains d'entre eux travaillent actuellement. Je suis certain que le programme ACET pourrait servir de modèle à d'autres programmes de collèges communautaires non seulement ici en Ontario, mais dans le reste du pays, et il n'a pas besoin d'être axé uniquement sur la cuisine. Il peut porter sur un certain nombre d'autres compétences professionnelles qui seraient utiles aux gens.

Les initiatives et les entreprises de survivants existent maintenant depuis assez longtemps en Ontario. Le programme de formation assistée par ordinateur en est à ses débuts, mais je crois qu'il est utile pour d'autres régions du pays, et il exige que les administrations et les autres gouvernements provinciaux prennent la situation en main et distribuent directement des fonds aux survivants afin que ceux-ci puissent décider d'eux-mêmes ce qu'il faut faire avec cet argent.

C'est pourquoi je tiens à ajouter un autre point avant de conclure. Nous avons besoin d'un mécanisme d'échange d'information qui permette aux provinces et aux territoires de bénéficier de programmes intéressants qu'ils pourraient élaborer à l'échelle locale, provinciale et territoriale. Nous avons présenté un exposé à titre d'entreprises de survivants il y a un certain nombre d'années au Réseau de consultation fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale, et j'ai remarqué que celui qui l'a coordonné, Carl Lakaski, est ici. On pourrait relancer cela, même si je préférerais y voir plus de participants : des survivants et des membres de leur famille, en plus des bureaucrates.

Merci de votre attention, et j'ai hâte de lire votre quatrième rapport en novembre.

Le président : Merci, David. Nous cédon maintenant la parole à trois représentants de From the Heart, en commençant par Doug Millstone.

M. Douglas J. Millstone, avocat, Droit de la famille, From the Heart Committee : Sénateurs, je m'appelle Doug Millstone. J'ai 54 ans. Je pratique le droit pour mon propre compte. Je suis avocat en droit de la famille. J'exerce cette profession depuis près de 30 ans. Je vis actuellement une nouvelle relation merveilleuse. Je suis le père d'Aviva, d'Eytan et de Dov, et j'ai deux petits-enfants adorables, Laurie et Rob. J'œuvre depuis longtemps à titre de bénévole, de formateur de bénévoles et de conférencier dans le domaine de la toxicomanie, et je mène un certain nombre d'autres activités de bénévolat à long terme.

Dans certains contextes, j'arrêtera normalement ici. En la circonstance, je tiens également à ce que vous sachiez, ainsi que le grand public par extension, que j'ai été alcoolique, mais que je suis sobre depuis plus de 18 ans et demi. Je n'ai jamais mentionné cela publiquement auparavant.

I have often been to funerals and sometimes my mind will wonder as to what my eulogy would look like. I really want to be sure that my recovery has been an example for others and that I have left some small footprints in the sand. Why should this wait until I am dead? It ought not to be except for the stigma attached to what I have just said about myself. Even now I am wondering what the impact is on my life having made this public disclosure. Such is the power of the stigma.

What then has happened to enable me to say these words today? I would like to contribute some thoughts on the importance of volunteering. As an example, I would like to comment on the feasibility of a speakers' bureau similar to that established in the United Kingdom. Our group known as From The Heart, is a volunteer committee at the Centre for Addiction and Mental Health. From The Heart is a prototype or a paradigm of an addiction speakers' bureau. The purpose in establishing From The Heart was to develop a model that would enable individuals with addiction to be freed from the stigmatization and discrimination they confront in their daily lives. Speakers tell their stories of recovery, speaking from the heart. They are asked to state what defines them and what is important to them. They speak of the pivotal experiences in their lives, their recovery approaches and their personal journeys. An open mike session and informal mingling completes the evening. The goal is to help recovering individuals, and to bring an awareness of addiction recovery to the community at large.

One of the foundations for long-term recovery from substance abuse is an ongoing cognitive connection to the recovery process. This can take many forms including regular attendance at after care and outpatient programs as well as a wide variety of community programs such as Twelve Steps and the Fellowship Program. An emotional connection to recovery is established. Volunteering is an additional step taken by many recovering individuals.

Perhaps a broader notion would be that the concept of volunteerism would enable the individual in recovery not only to give back to the service provider clients and the community, but also to maintain an ongoing awareness of recovery issues. It is submitted that the longer and more regularly one volunteers, the more the ability to maintain a clean and sober lifestyle becomes ingrained in the individual's constitution. Notwithstanding the social stigma, there is ultimately perhaps the ability of the long-term volunteer to share his or her life experience with members of the public, and not only in the context of the community of clients who are in recovery.

Ms. Patricia Commins, Retired Teacher, From The Heart Committee: I would like to speak, senators of the committee, first of all, on the point in Chapter 1.1 of this committee's report, "Mental Health, Mental Illness and Addiction: Issues and Options for Canada." The chapter is, "A Patient/Client-Centered System Oriented Toward Recovery and With Personalized Care Plans."

Je suis souvent allé à des funérailles, et il m'arrive parfois de me demander à quoi ressemblerait mon panégyrique. Je tiens à bien m'assurer que mon abstinence sert d'exemple aux autres, et que j'ai laissé quelques traces. Pourquoi est-ce que cela devrait attendre à ma mort? Ça ne devrait pas être le cas, sauf pour les stigmates rattachés à ce que je viens de révéler à mon sujet. En ce moment même, je me demande quel impact cette révélation publique aura sur ma vie. Des stigmates peuvent avoir tellement de répercussions.

Alors, qu'est-ce qui m'a amené à pouvoir révéler ces choses aujourd'hui? J'aimerais vous livrer certaines réflexions sur l'importance du bénévolat. Par exemple, il serait possible de créer un bureau de conférenciers semblable à celui qui existe au Royaume-Uni. Notre groupe, From the Heart, est un comité de bénévoles au Centre de toxicomanie et de santé mentale. C'est un prototype, ou un modèle, de bureau de conférenciers sur la toxicomanie. From the Heart s'était fixé pour objectif de concevoir un modèle permettant aux toxicomanes de se libérer de la stigmatisation et de la discrimination qu'ils subissent quotidiennement. Les conférenciers racontent leur rétablissement en laissant parler leur cœur. Ils sont appelés à dire ce qui les caractérise et ce qui est important pour eux. Ils parlent des expériences qui ont été déterminantes dans leur vie, de leur rétablissement et de leur cheminement personnel. À la fin de la soirée, les participants peuvent aller parler au microphone, puis se mêler les uns aux autres. L'objectif est de venir en aide aux personnes devenues abstinentes et de sensibiliser la population au rétablissement des toxicomanes.

Un des éléments fondamentaux du rétablissement à long terme des toxicomanes est le maintien d'un lien cognitif avec le processus de rétablissement, ce qui peut se faire sous différentes formes, par exemple la participation régulière à des programmes de suivi et de consultation externe et à divers programmes communautaires comme le programme en 12 étapes et autres programmes du même type. Un lien émotionnel est constitué avec leur rétablissement. Le bénévolat est une étape de plus dans le cheminement de beaucoup d'abstinents.

Une notion plus large serait peut-être que le bénévolat permet aux anciens toxicomanes non seulement de payer leur dû à un fournisseur de services, aux clients et à la collectivité, mais aussi de rester sensibles aux problèmes de rétablissement. Plus un abstinant fait du bénévolat longtemps et régulièrement, plus il devient naturel pour lui de continuer à rester sobre. Au bout du compte, malgré les préjugés sociaux, les anciens toxicomanes qui font du bénévolat depuis longtemps peuvent peut-être en venir à parler de leur expérience de vie aux membres du public, plutôt que de s'adresser uniquement aux clients qui suivent une démarche de rétablissement.

Mme Patricia Commins, enseignante à la retraite, From the Heart Committee : Sénateurs du Comité, j'aimerais tout d'abord m'adresser à vous au sujet du chapitre 1.1 du rapport de votre Comité, « Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Problèmes et options pour le Canada. » Le chapitre s'intitule « Système axé sur le patient et orienté sur le rétablissement par le biais de plans d'intervention personnalisés ».

I would like to say, first of all, that I have myself 20 years of substance-free recovery without alcohol or the prescription drugs I was addicted to, and that I myself experienced incredibly flexible and very multifaceted recovery services at CAMH, at the Donwood Institute as it was then, now part of CAMH. That is my background and why I speak about client-centred care. I wish everybody could have the kind of client-centred care I had. It was fantastic so my support is wholeheartedly behind the concept of a patient-centred system.

For the client, successful addiction recovery depends at the outset on a client centred, individualized and flexible care plan. Moreover, the better the fit between the client, the caregivers and the plan, the better are the chances of recovery. Care facilitators are needed to assist clients to navigate the labyrinth of services and resources, and these are going to be established actually at CAMH soon. Eliminating the silos of care will enable those with concurrent disorders, and many clients have overlapping addictions and mental health difficulties, to access coordinated care.

After treatment, the addiction client needs to be connected with some form of recovery community and Doug has referred to that too. In all the literature I have read about recovery, every person who discloses on this topic says that connection to the recovery community is the most important fact of ongoing recovery. Otherwise, relapse is particularly inevitable sending the person back into a poorly functioning state. The recovery community might take different forms in different parts in Canada depending on how treatment looks in certain parts of Canada.

Recovery from addiction is life-long. The expertise of recovering addiction clients is a valuable resource, and that is the point I think from which we all come in our group, From The Heart. For example, and this has been done, graduates or alumni of various addictions programs across Canada could be utilized within their communities. They could provide inspiration, strategies and techniques to help the newly recovering. They would strengthen the existing recovery communities and resources which exist in Canada, be they small or large.

The second point, if I could just have a drink of water, is from Chapter 4.1 of this committee's Report 3, and has to do with combating stigma and discrimination. It is unfortunate that at the present time addiction is still secret, it is hidden and it is swept under the carpet. Unfortunately, it is regarded sometimes as a moral failing or a character flaw to this day.

I would like, however, to suggest focusing more intensely on the advantages and benefits of recovery as a national anti-stigma strategy. Stigma remains very strong and, as your own committee

Je tiens tout d'abord à préciser que je ne suis plus moi-même toxicomane depuis 20 ans et que je m'abstiens de prendre de l'alcool ou les médicaments d'ordonnance dont j'étais dépendante, et que j'ai moi-même bénéficié des services de rétablissement incroyablement souples et à facettes multiples offerts au CTSM, alors connu comme l'Institut Donwood, lequel fait maintenant partie du CTSM. Voilà donc mes antécédents, et les raisons pour lesquelles je me pencherai sur les soins axés sur les clients. Tout le monde devrait recevoir le même genre de soins, axés sur les clients, que ceux que j'ai reçus. C'était extraordinaire, de sorte que j'appuie de tout cœur le concept du système axé sur le patient.

Pour le client, une réadaptation réussie dépend au départ d'un plan d'intervention axé sur lui-même, personnalisé et souple. En outre, plus l'adéquation est étroite entre le client, les aidants et le plan, plus les chances de rétablissement sont grandes. Les intervenants sont nécessaires pour aider les clients à s'y retrouver dans le labyrinthe de services et de ressources, et on compte en avoir bientôt au CTSM. En éliminant le cloisonnement des différents secteurs, on permettra à ceux qui souffrent de troubles multiples — et bon nombre de clients ont des toxicomanies multiples et des troubles mentaux — d'avoir accès à des soins coordonnés.

Après le traitement, le client a besoin d'entretenir des liens avec un groupe d'abstinents, ce dont Doug a parlé également. Dans tous les ouvrages spécialisés que j'ai lus au sujet du rétablissement, toutes les personnes qui se dévoilent à ce sujet précisent que les liens avec un groupe d'abstinents sont cruciaux à la réadaptation en cours. Sinon, ces personnes risquent inévitablement de faire une rechute et de se retrouver de nouveau dans un état qui les empêche de bien fonctionner. Les groupes d'abstinents peuvent revêtir diverses formes dans différentes parties du Canada, selon le taux de rétablissement qu'affichent certaines régions du pays.

Le processus de rétablissement est l'œuvre d'une vie, et l'expérience des abstinents est une ressource précieuse, et ce qui, à mon avis, nous relie tous dans notre groupe, From the Heart. Par exemple (ce qui a déjà été fait), les diplômés ou les anciens élèves des différents programmes appliqués au Canada pourraient être mis à contribution au niveau local. Ils donneraient aux nouveaux abstinents une motivation, des stratégies et des techniques et renforceraient les groupes et les ressources qui existent déjà au Canada, qu'ils soient de petite ou de grande envergure.

Le deuxième point que j'aimerais soulever, si je puis me permettre de prendre tout d'abord un peu d'eau, porte sur le chapitre 4.1 du Rapport 3 du Comité, qui concerne la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. C'est bien malheureux, que à l'heure actuelle, la toxicomanie soit toujours quelque chose qu'il faut garder secret et caché, qu'il ne faut pas sortir du placard. Malheureusement, il arrive encore de nos jours qu'on considère ce problème comme étant le reflet d'un manque de morale ou d'un défaut de caractère.

Pour ce qui est d'une stratégie nationale contre la stigmatisation, je suggérerais toutefois d'accorder une attention plus grande aux avantages et aux bienfaits du rétablissement. La

report stated in Chapter 4.1, individuals with mental illness and addiction “are routinely excluded from social life and can even be denied a variety of civil rights....”

I would like to add to that point a very subtle form of discrimination that I experienced. As it happens, I have volunteered for almost 20 years now and the last three years I have been a member of the Board of Trustees of CAMH. Notwithstanding that long-term achievement and 33 years of a teaching career, when I meet people and I say that I am a recovering addict, there is a drop in credibility. It is visible. It is fine to be a trustee. It is fine to be a retired teacher. It is fine to be a grandmother, but if I say that I am a recovering addict, there is that drop in credibility. People think, can we trust her? Will she stay the course? Is she going to be able to perform? I would like to point that out because it is a kind of discrimination which I have not read much about but I have experienced it.

Nevertheless, it is a reality that people can and do recover from addiction. A strategy concentrating on the benefits and rewards of recovery might work better than focusing on the stigma and discrimination. The role model examples, knowledge and expertise of recovering addiction clients could be mobilized in a positive manner. The benefits and rewards of recovery can be identified by gathering information directly from recovering clients who are willing to disclose. This is difficult. There are not so many people in Canada who are willing to do this but there are some. Let us find them. Public figures and private citizens, people from all walks of life might be motivated to speak up and share their insights, or to provide them in written form. Many people regain their lives and go on to be fully participating members of society. How did they do it? What helped them the most? What do they have to offer? Thank you.

Mr. Michael Flaxman, Volunteer, From The Heart Committee: Thank you. My name is Michael Flaxman. I am 45 years old, a recovering heroin and cocaine addict from which I have been free for nine years. Married without children, I have been volunteering at the CAMH co-facilitating groups of cocaine and opium addicts for the last six years. I also worked with the homeless in the Anishinabe Street Patrol program for six years as well. I am also an ex-federal inmate. I finished serving a seven-year sentence in 2002. Three of those years were on parole in the community.

I would like to speak about Chapter 7.1 in your report on the role of the federal government and the delivery of in-depth meaningful programs to federal inmates. It seems that inmates do not have a voice, and when we do hear about inmates, it is usually in a negative media report of some kind from inside prison.

stigmatisation demeure très forte, et, comme l'indique le rapport de votre Comité au chapitre 4.1, les malades mentaux et les toxicomanes « sont régulièrement mis à l'écart de la société et peuvent être même privés d'une foule de droits fondamentaux [...] ».

J'aimerais vous faire part à ce sujet d'une forme très subtile de discrimination à laquelle j'ai dû faire face. En fait, je suis bénévole depuis près de 20 ans, et je suis membre depuis trois ans du conseil d'administration du CTSM. Malgré ces longues années d'expérience et mes 33 ans à titre d'enseignante, lorsque je rencontre les gens et que je précise que je suis une ancienne toxicomane, la confiance diminue. C'est visible. C'est bien de faire partie du conseil d'administration. C'est bien d'être une enseignante à la retraite. C'est bien d'être une grand-mère, mais si je dis que je suis une ancienne toxicomane, on me fait moins confiance. Les gens se posent les questions suivantes : pouvons-nous lui faire confiance? Va-t-elle tenir le coup? Va-t-elle être en mesure d'accomplir sa tâche? Je tiens à souligner cela, car il s'agit d'une forme de discrimination qui n'a pas souvent été examinée dans les ouvrages, mais dont j'ai bel et bien fait l'expérience.

C'est toutefois un fait que des gens réussissent à vaincre leur toxicomanie. Une stratégie qui porterait sur les avantages et les gratifications du rétablissement fonctionnerait sans doute mieux que si elle était axée sur la stigmatisation et la discrimination. On pourrait faire appel de façon constructive à l'exemple, au savoir et à l'expérience des clients abstinentes. On peut s'informer des avantages et des gratifications du rétablissement auprès des personnes abstinentes qui sont disposées à en parler. C'est difficile. Il n'y a pas tellement de gens au Canada qui sont disposés à le faire, mais certains le sont quand même. C'est à nous de les trouver. Des personnalités publiques et des citoyens ordinaires — des gens de tous horizons — pourraient vouloir parler de leur expérience ou ils pourraient la communiquer par écrit. Beaucoup de gens se refont une vie active en société. Comment s'y sont-ils pris? Qu'est-ce qui les a plus aidés? Qu'ont-ils à suggérer? Merci.

M. Michael Flaxman, bénévole, From the Heart Committee : Merci. Je m'appelle Michael Flaxman. J'ai 45 ans, et je suis un ancien héroïnomane et cocaïnomane, toxicomanies dont je suis débarrassé depuis maintenant neuf ans. Marié et sans enfant, je suis bénévole depuis six ans dans les groupes offerts conjointement par le CTSM aux cocaïnomanes et aux opiomanes. J'ai également œuvré pendant six ans auprès des sans-abri dans le cadre du programme de la patrouille de rue Anishinabe. Je suis également un ex-détenu sous responsabilité fédérale. J'ai fini de purger une peine de sept ans en 2002. J'ai passé trois de ces années en liberté sous condition dans la collectivité.

J'aimerais me pencher sur le chapitre 7.1 de votre rapport concernant le rôle du gouvernement fédéral dans la réalisation de programmes complets et utiles pour les détenus sous responsabilité fédérale. Il semble que les détenus n'ont aucune voix au chapitre, et lorsque nous entendons parler d'eux, c'est généralement dans un rapport négatif présenté par les médias au sujet de ce qui se passe en prison.

My feedback to the inquiry deals with Chapter 7.1. The programs that have been in place for a number of years are a good start but they can be improved on. If one were to access the website of the Correctional Service of Canada, CSC, and go into the drug programs that are available, it is a very nice read and it looks good. It seems as though, upon reading that, that the Correctional Service has their finger on the pulse, and that they know exactly what is going on. For the most part, they do, but the fractured timetable of the programming does not necessarily give the client, the inmate, who is continuing to struggle with substance abuse a chance for any substantial clean time.

From my personal experience, after many years of substance abuse, I wound up in prison eager with a strong desire to stop using but it took six months for me to begin any programming. A lot of people who enter with a strong desire are unable to capitalize on that emotion and quickly fall into the prison culture of drug use.

I would like to add that the stigma attached to addicts outside of prison is reversed inside prison, that is, one who shows a desire to stop using is not always looked upon as someone who can be trusted. This can lead to rumours and innuendo that can make life miserable, even dangerous for those more vulnerable.

My suggestion is one of many but the first one is, why not have a low-medium security facility that deals with non-violent drug-related crimes that delivers programs along a specific continuum that are specific to the needs of addicts. These individuals tend to be serving shorter sentences than others, and with accelerated parole review at which they are eligible for day parole at the one-sixth point of their sentence, their focus can be solely on their addictions.

Patricia just mentioned a recovery community and that is not the first thing that comes to mind when I think of prison life. It is not a recovery community but a separate institution dealing with inmates' addictions and other issues as well that could be a model for a recovery community. In my experience, upon first entering prison, there are a lot of individuals that want to change their lives and trade in their ten-cent lives for a new one, but the support system is not there. The warehousing and assembly-line attitude of the Correctional Service of Canada leads to that falling back into substance abuse in prison.

The programs that are offered are good ones that can help. However, they would be more productive if offered one after another with random urinalysis conducted during the programming. The current system of random testing of the population is not a productive use of dollars. Programming that follows a constant along with the testing gives inmates a chance at a little clean time.

Mes observations portent sur le chapitre 7.1. Les programmes en place depuis plusieurs années sont un bon début, mais on peut les améliorer. En consultant le site Web du Service correctionnel du Canada, le SCC, relativement aux programmes qui sont offerts, on lit des choses très intéressantes qui semblent tout à fait adéquates. En lisant cela, on a l'impression que le Service correctionnel est au courant de tout et qu'il sait exactement ce qui se passe. La plupart du temps, c'est le cas, mais la participation discontinuée aux programmes ne donne pas toujours de longues périodes d'abstinence au client ou au détenu qui continue de combattre sa dépendance.

Dans mon propre cas, après de nombreuses années de toxicomanie, j'ai atterri en prison en souhaitant à tout prix combattre ma dépendance, mais ça m'a pris six mois pour entreprendre un programme. Beaucoup de gens qui arrivent en prison avec la ferme intention de se désintoxiquer n'arrivent pas à tenir leur résolution et tombent rapidement dans le cercle vicieux de la toxicomanie si présente en prison.

Je voudrais ajouter que la stigmatisation rattachée aux toxicomanes à l'extérieur de la prison est inversé à l'intérieur de la prison, c'est-à-dire une personne souhaitant se désintoxiquer n'est pas toujours vue comme quelqu'un en qui on peut avoir confiance. Cela peut mener à des rumeurs et à des allusions qui risquent de rendre la vie difficile, voire dangereuse, aux personnes les plus vulnérables.

J'aurais plusieurs suggestions à faire, mais la première est la suivante : pourquoi ne pas avoir un établissement à sécurité minimale-moyenne qui offre des programmes pour les détenus ayant commis des crimes non violents liés à la drogue, selon un continuum précis qui réponde aux besoins des toxicomanes. Ces personnes ont tendance à purger des peines plus courtes que les autres, et avec la procédure d'examen expéditif pour la libération conditionnelle, qui leur permet d'être admissible à une semi-liberté après avoir purgé le sixième de leur peine, elles pourraient se concentrer sur leur toxicomanie.

Patricia vient de parler d'un groupe d'abstinents, mais ce n'est pas vraiment ce qui me vient à l'esprit lorsque je pense à la vie en prison. C'est non pas un groupe d'abstinents, mais une institution distincte luttant contre les toxicomanies des détenus et d'autres problèmes, qui pourrait représenter un modèle de groupe d'abstinents. D'après mon expérience, beaucoup de gens qui entrent pour la première fois en prison veulent quitter leur piètre existence et se refaire une nouvelle vie, mais ils ne disposent pas du système de soutien requis. L'attitude du Service correctionnel du Canada, axée sur une approche de masse tout à fait impersonnelle, amène les détenus à retomber dans la toxicomanie en prison.

Les programmes offerts sont bons et peuvent être utiles. Toutefois, ils seraient plus productifs s'ils se succédaient et si les analyses d'urine au hasard étaient faites pendant la période de participation. Le dépistage au hasard effectué dans la population carcérale n'est pas un emploi productif des fonds. Ce qui donnerait aux détenus la chance d'être abstinents pendant une certaine période, ce serait des programmes qui suivent une constante, doublés d'un dépistage.

I realize there are costs associated with more qualified people to deliver the programs, and credibility goes a long way in prison. Prison life is an us-versus-them mentality and for the most part programs are delivered by trained ex-guards, trained ex-librarians, and they are still on the other side of the wall. They still go home at night and the us-versus-them mentality is prevalent. If there is credibility in the background of the individual who is developing the programs, that is, addictions counselors — I never came across one in prison — it would go a long way to helping an inmate establish a rapport with somebody that is not a “copper.”

Why not use a person's time to allow him or her to help themselves if that is what they have in mind? Some consider their sentence a blessing, as I did, and as much as possible should be done to allow them to become meaningful members of society. Thank you.

The Chairman: Let me thank all of you for coming and making your presentations and I am going to start with Senator Cordy with the questions.

Senator Cordy: Thank you very much to each of you. Every time we have sat down today we learned more and more about the system and the needs of the system, but thank you for contributing to our knowledge today.

I would like to talk, first of all, about The Gerstein Centre which seems to be a model that could be used in other communities. I guess you said that there is no magic bullet, no magic care, but put things in place so that individual recovery systems can be put in place. When somebody comes to the door of your crisis centre, do they come on their own or does somebody come with them? What is the pattern?

Mr. Quinn: Usually it is a phone call first. We talk to the individual on the phone, sort through what is going on with their crisis, and then the team goes out to meet them in the community. If we do not know them, have never met them before, we will always go out to meet them whether they are in a hospital or anywhere they happen to be. One person talks to them about why they feel they are in crisis, what they have done in the past to resolve it, and why it is not working now. Then they bring them back. We have a van that goes out and sees people in the community and then brings them back to the centre for a short stay.

Senator Cordy: Would there be times that you would not bring somebody back to the centre?

Mr. Quinn: Yeah, there would be. Most of the time when we go out, about 70 per cent of the time we actually do bring the person back. However, of the phone calls we get, about 90 per cent of the time we can resolve it on the phone.

Je sais qu'il y a des coûts liés à la présence d'un plus grand nombre d'employés qualifiés pour administrer les programmes, et il faudrait miser sur la crédibilité en prison. La mentalité en prison, c'est « nous contre eux », et la plupart des programmes sont offerts par des ex-gardiens et des ex-bibliothécaires formés qui sont malheureusement toujours de l'autre côté du mur. Ils rentrent toujours chez eux le soir, de sorte qu'ils renforcent la mentalité « nous contre eux ». Si les antécédents de la personne qui élabore les programmes pouvaient la rendre crédible, par exemple dans le cas des conseillers en toxicomanie — je n'en ai jamais vu lorsque j'étais en prison —, cela aiderait beaucoup un détenu s'il pouvait établir un rapport avec quelqu'un qui n'est pas de même avec « la police ».

Pourquoi ne pas utiliser le temps d'un détenu pour lui permettre de s'aider lui-même si c'est ce qu'il désire? Certains considèrent leur peine d'emprisonnement comme une bénédiction, ce qui était mon cas, et on devrait faire tout ce qui est possible pour qu'ils deviennent des citoyens dignes de ce nom. Merci.

Le président : Je vous remercie d'être venu et d'avoir présenté vos témoignages; je commencerai donc la période de questions avec le sénateur Cordy.

Le sénateur Cordy : Merci beaucoup à chacun de vous. Chaque fois que nous vous avons entendus aujourd'hui, nous en avons appris toujours plus au sujet du système et des besoins dans ce domaine; bref, merci des choses que vous nous avez apprises aujourd'hui.

Tout d'abord, je voudrais discuter du Centre Gerstein, qui semble être un modèle susceptible d'être appliqué dans d'autres collectivités. Comme vous avez dit, il n'y a pas de pilule magique ni de soins magiques, mais on peut au moins mettre en place des systèmes de rétablissement personnalisés. Lorsque quelqu'un frappe à la porte de votre centre de crise, est-ce qu'il est généralement seul ou est-il accompagné? Quelle est la tendance générale?

M. Quinn : En général, la personne communique avec nous pour la première fois par téléphone. Nous lui parlons au téléphone afin de déterminer ce qui ne va pas, puis l'équipe se rend dans la collectivité pour la rencontrer. Même si nous ne connaissons pas cette personne et que nous ne l'avons jamais rencontrée, nous allons la voir où qu'elle soit, à l'hôpital ou ailleurs. Quelqu'un discute avec elle afin de savoir pourquoi elle est en crise, ce qu'elle a déjà fait par le passé pour résoudre ce problème et pour quelles raisons cela ne fonctionne pas dans ce cas-ci. Ensuite, on l'amène avec nous. Nous avons une fourgonnette dont on se sert pour aller voir les gens dans la collectivité et les ramener au Centre pour un court séjour.

Le sénateur Cordy : Est-ce qu'il arrive que vous ne rameniez pas une personne au Centre?

M. Quinn : Ouais, ça arrive. La plupart des fois où nous nous rendons sur place, c'est-à-dire dans environ 70 p. 100 des cas, nous ramenons la personne avec nous. Toutefois, nous pouvons résoudre les problèmes des gens directement au téléphone dans environ 90 p. 100 des cas.

There are various reasons we would not bring somebody back: we can resolve it by going out and seeing them and talking to them and figuring out what resources they already have and how they can best use those resources. It could be that safety is an issue back at the centre. We have 10 people in the house, both men and women, and sometimes there are only two staff in the house to manage it. If safety is an issue, it may be a reason not to bring someone back.

Senator Cordy: What about when you are setting up a plan: who sits down to determine what the plan will be?

Mr. Quinn: The two crisis workers who go out on the mobile team talk to that person and figure it out with them. When they come back to the centre, often it changes. There would be one staff to the person who is staying there and they will determine what they want to accomplish in the short stay that they have.

Senator Cordy: What about afterwards: is there a follow-up? I know I was involved with homeless youths in Nova Scotia and there was a follow-up team.

Mr. Quinn: We do not have a follow-up team as such. We are not funded for it but we do have volunteers, about half of whom are psychiatric survivors who go through a ten-week, one-night-a-week training course. They then phone people after they have stayed at the centre to ask if they want follow-up. They follow up in terms of calling them once a week, seeing if the referrals we have made have been okay and if not, why not, and then trying to sort through what the next steps might be.

Also, people can call back. If things do not go well when they leave, they can call back the next day and that is fine. We will try and figure out how to support them either over the phone or by going out to see them and, if necessary, bringing them back again.

Senator Cordy: How many staff members do you have? You perhaps mentioned it.

Mr. Quinn: There are 21 full-time crisis workers I think. In total, we have 29.33 full-time equivalent staff including relief.

Senator Cordy: Would somebody come just to have somebody to talk to for an hour or two hours and that would be all they would want?

Mr. Quinn: Often that is what the mobile visit is, or the phone; a chance to talk. I think you cannot underestimate the amount of work that gets done on the phone with individuals who call in, trying to hear what they are saying and making sure that you are listening to what they feel is their crisis and helping them resolve

Il peut y avoir plusieurs raisons pour lesquelles nous pourrions décider de ne pas ramener quelqu'un au Centre : nous pouvons résoudre le problème en allant voir cette personne et en lui parlant, puis en déterminant quelles ressources s'offrent à elle et les meilleurs moyens d'en tirer parti. Parfois, c'est pour une question de sécurité au Centre. Nous y hébergeons 10 personnes, tant des hommes que des femmes, et il ne reste parfois que deux employés sur place pour gérer le tout. Si cela pose un risque de sécurité, nous pouvons décider de ne pas ramener quelqu'un avec nous.

Le sénateur Cordy : Qu'en est-il lorsque vous établissez un plan : qui se penche sur la question afin d'élaborer un plan?

M. Quinn : Les deux travailleurs à l'intervention d'urgence qui se déplacent avec l'équipe mobile discutent avec la personne et établissent un plan avec elle. Lorsqu'une personne revient avec nous au Centre, ce plan est souvent modifié. Un membre du personnel est assigné à cette personne au cours de son séjour, et ils déterminent ensemble ce qu'ils veulent accomplir pendant cette courte période.

Le sénateur Cordy : Qu'est qui arrive ensuite? Y a-t-il un suivi? J'ai participé à un programme d'aide aux jeunes sans-abri en Nouvelle-Écosse, et il y avait dans ce cas une équipe de suivi.

M. Quinn : Nous n'avons pas d'équipe de suivi proprement dite. Notre financement ne nous le permet pas, mais nous avons des bénévoles, dont la moitié sont des survivants psychiatriques, qui suivent un cours de formation réparti sur 10 semaines, à raison d'un soir par semaine. Ils téléphonent ensuite aux gens à la suite de leur séjour au Centre afin de leur demander s'ils souhaitent qu'on effectue un suivi. Ces bénévoles effectuent un suivi en appelant les gens une fois par semaine afin de savoir si on les a aiguillé correctement; sinon, ils essaient de savoir pourquoi cela n'a pas marché et de déterminer les prochaines étapes à suivre.

De plus, les gens nous rappellent. Si quelque chose ne va pas après leur départ, ils savent qu'ils peuvent nous rappeler le lendemain. Nous essayerons de les aider de notre mieux par téléphone ou en allant les voir et, au besoin, en les ramenant au Centre de nouveau.

Le sénateur Cordy : Combien d'employés avez-vous? Vous l'avez peut-être déjà mentionné.

M. Quinn : Nous avons 21 travailleurs à temps plein à l'intervention d'urgence, je crois bien. Au total, nous avons 29,33 équivalents temps plein, y compris le personnel de réserve.

Le sénateur Cordy : Est-ce qu'il arrive que certaines personnes viennent vous voir juste pour vous parler pendant une heure ou deux, et qu'elles s'en tiennent à cela?

M. Quinn : Souvent, c'est à ça que sert la visite sur place ou la conversation téléphonique : donner aux gens une chance de parler. Je crois qu'on ne peut sous-estimer l'importance du travail effectué par téléphone auprès des gens qui communiquent avec nous par ce moyen, et que nous nous efforçons de bien écouter

it. It is an amazing staff. They are incredibly flexible around different things that they can do.

There was a woman that came whose husband was hospitalized. They both had mental health difficulties. He was hospitalized for a physical illness and she was feeling very isolated and alone and did not like to be in her apartment without him there so we made arrangements for her to come in for dinner. She would come in and have dinner at the centre and then go home afterwards, and that is all she needed. That kept her from getting into a crisis.

We had another man who was getting ECT. Now, I am not crazy about ECT and I am not very fond of it, but he had chosen to have it and after he had his ECT —

Senator Cordy: What is ECT? Is that shock?

Mr. Quinn: Electroconvulsive therapy, shock treatment.

Senator Cordy: That's what I thought, shock treatment, yes.

Mr. Quinn: He was very disoriented after the shock treatment and was afraid to go home on his own otherwise. He had a choice of staying at the hospital until he felt okay or if his worker could bring him to the centre, then he could stay there for a few hours until he felt okay to go home. He did that and came back and stayed with us for a bit; so those kinds of things.

Senator Cordy: Sounds like an amazing place where you really do look at the individual.

Dr. Gerstein: I have always been interested that we have not been duplicated. We have had articles written. We have had documentaries made. We have not made them but others have made them of us. Groups in various parts of Ontario have presented briefs for the development of a similar kind of thing, but only parts of what The Gerstein Centre does has been picked up, but not picked up to my knowledge anywhere.

Senator Cordy: It seems like such a model and why? Why would be the question.

Dr. Gerstein: I do not know. It was the last thing to be implemented in the Gerstein Report. It took six years longer than anything else, but I really do not know whether it is cost. It is costly but not as costly as being in an institution of course.

Mr. Reville: I think it is because it is non-medical. It has not been picked up because it is a non-medical service. I am not kidding.

afin de connaître les raisons pour lesquelles ils sont en crise et de les aider à s'en sortir. Nous avons des employés extraordinaires. Ils font preuve d'une grande souplesse dans tout ce qui a trait à leur domaine de compétence.

Citons, par exemple, le cas d'une femme dont le mari était hospitalisé. Ils souffraient tous deux de troubles mentaux. Pendant que son mari était hospitalisé pour une affection physique, cette femme se sentait très isolée et seule et n'aimait rester dans son appartement sans lui; par conséquent, nous avons pris des dispositions pour qu'elle vienne dîner au Centre. Elle se rendait donc chez nous pour dîner et rentrait chez elle après : c'est tout ce dont elle avait besoin. Cela l'a empêchée de se retrouver en crise.

Nous avons aussi un homme qui devait recevoir une sismothérapie. Je tiens à souligner que je ne suis pas un adepte de ce genre de traitement et que je ne les aime pas trop en fait, mais cet homme avait décidé de suivre cette thérapie, et après cela...

Le sénateur Cordy : Qu'est-ce que la sismothérapie? S'agit-il d'une thérapie aux électrochocs?

M. Quinn : C'est une électroconvulsothérapie, une thérapie aux électrochocs.

Le sénateur Cordy : C'est bien ce que je pensais, un traitement aux électrochocs.

M. Quinn : Il était très désorienté après ce traitement et avait peur de rentrer chez lui tout seul. Il pouvait rester à l'hôpital jusqu'à ce qu'il se sente mieux, ou bien le travailleur qui lui était assigné pouvait le ramener au Centre, où il pourrait se reposer pendant quelques heures jusqu'à ce qu'il se sente assez bien pour retourner chez lui. C'est ce qu'il a fait : il est revenu chez nous, où il est resté pendant un certain temps; voilà, c'est le genre de chose qui peut arriver.

Le sénateur Cordy : Ça m'a tout l'air d'être un endroit formidable où vous prenez réellement en compte les besoins des gens.

Mme Gerstein : J'ai toujours été intriguée par le fait qu'on n'ait pas cherché à prendre modèle sur nous. Nous avons rédigé des articles à ce sujet. Des documentaires ont aussi été faits. Ils nous concernaient, mais ce n'est pas nous qui les avons réalisés. Des groupes de diverses régions de l'Ontario ont présenté des mémoires visant l'élaboration de projets semblables, mais ils n'étaient en fait que partiellement représentatifs du Centre Gerstein, et il n'y a à ma connaissance rien d'équivalent ailleurs.

Le sénateur Cordy : Et pourtant, il semble que ce soit un si bon modèle, alors pourquoi? La question est de savoir pourquoi.

Mme Gerstein : Je ne sais pas. C'est la dernière chose qu'on a appliquée du rapport Gerstein. Cela a pris six ans de plus que tout le reste, mais je ne sais pas si c'est une question de coût. Cela entraîne effectivement des coûts, mais pas autant que ceux associés aux soins en établissement, cela va sans dire.

M. Reville : À mon avis, c'est parce que l'approche est non médicale. Je crois qu'on n'a pas reproduit notre modèle parce qu'il s'agit d'un service non médical. Je suis tout à fait sérieux.

Senator Cordy: It is outside the box. It just seems like an amazing thing that is happening.

Mr. Quinn: It is really simple. It is really simple. People call.

Senator Cordy: That may be the problem, right? I guess, David, you have talked about the need for a sharing mechanism.

Mr. Reville: Yes.

Senator Cordy: It is not enough, I think, to put something on a website because you have to let people know that it is on a website. You talked about a model of talking to provincial and territorial leaders but you said again, and I agree with you, it is not enough. You have to have families and survivors together. Did you envisage a model when you talk about a sharing information model?

Mr. Reville: Well, certainly the federal/provincial/territorial advisory network, when it had some money and was able to travel around so the people could actually meet face-to-face, was the kind of mechanism that is effective. However, it tended to be mental health bureaucrats from different parts of the country getting together. They received deputations the way that you are. There are some national organizations. Not all of us feel that the national organizations are as representative as they might be, but certainly there are national organizations for most of the disability community, including people with mental health issues, where some of this work does get done, no question about that. However, I think it needs to be done in a systematic way and it is certainly worthwhile putting some resources into that because people develop things in their local areas that are good things and the rest of us could really benefit if we got a chance to hear about them.

Senator Cordy: So, we do not have to reinvent the wheel basically.

Mr. Reville: Exactly.

Senator Cordy: I am going to turn now to From The Heart, which is a wonderful title for your organization by the way. Patricia, you talked about combating stigma but you also talked about concurrent disorders and coordinated care. If you have a current disorder, addiction and depression or another mental illness, how difficult is it to get help for both illnesses?

Ms. Commins: It is improving. When I recently worked directly with clients on the front-line basis facilitating client groups, I had many clients who needed both kinds of care. They had extreme difficulty because sometimes the attitude is, you have to stop using your substances before you can get mental health treatment. Sometimes it is, we will take you in for the mental health treatment, but do not by any means stop using your substances — there is a conflict as to which is done first sometimes. It is definitely improving and CAMH has wonderful concurrent

Le sénateur Cordy : Ce n'est pas une approche conventionnelle. Il me semble que c'est un projet extraordinaire qui se réalise ici.

M. Quinn : C'est vraiment simple. Très simple. Les gens téléphonent.

Le sénateur Cordy : C'est peut-être là où le bât blesse, n'est-ce pas? Si je m'en rappelle bien, David, vous avez parlé de l'importance d'un mécanisme d'échange.

M. Reville : Oui.

Le sénateur Cordy : À mon avis, ce n'est pas suffisant de fournir des renseignements sur un site Web : il faut encore faire savoir aux gens que l'information est là. Vous avez fait allusion à un modèle de dialogue des leaders provinciaux et territoriaux, mais là encore, et je suis de nouveau d'accord avec vous, ce n'est pas assez. Il faut rassembler les familles et les survivants. Aviez-vous quelque chose de particulier à l'esprit lorsque vous parliez de modèle d'échange d'information?

M. Reville : Eh bien, le Réseau de consultation fédéral-provincial-territorial pouvait se déplacer lorsqu'il disposait des fonds pour cela, de sorte que les gens pouvaient se rencontrer en face à face : voilà le genre de mécanisme qui est efficace. Toutefois, c'était surtout des bureaucrates du domaine de la santé mentale provenant de différentes régions du pays qui se réunissaient. À votre instar, ils recevaient le mandat de le faire. On compte certaines organisations nationales. Nous n'estimons pas tous que ces organisations sont aussi représentatives qu'elles le devraient, mais elles n'en sont pas moins des organisations nationales pour la majorité du milieu des personnes handicapées, y compris les personnes souffrant de troubles mentaux, et il ne fait aucun doute qu'elles accomplissent une partie du travail dans ce domaine. Je crois néanmoins qu'il faut procéder de façon systématique, et ce serait sans nul doute utile d'affecter des ressources à cela; en effet, les gens élaborent de bons projets dans leur région locale, et nous pourrions tous en tirer vraiment parti si nous pouvions les connaître.

Le sénateur Cordy : Donc, au bout du compte, nous n'avons pas besoin de réinventer la roue.

M. Reville : Exactement.

Le sénateur Cordy : Je voudrais maintenant m'adresser aux membres de From the Heart : quel beau titre pour votre organisation, en passant. Patricia, vous avez parlé non seulement de l'importance de combattre la stigmatisation, mais aussi des troubles concomitants et des soins coordonnés. Si on souffre en même temps de troubles comme ceux associés à la toxicomanie et à la dépression ou à une autre maladie mentale, est-ce difficile d'obtenir de l'aide pour les deux maladies?

Mme Commins : C'est plus facile qu'avant. Récemment, j'ai œuvré directement auprès de groupes de clients qui reçoivent des services de première ligne, ce qui m'a permis de constater que bon nombre de clients avaient besoin de deux catégories de soins. Leur situation était extrêmement difficile, car on leur disait parfois qu'ils devaient arrêter de prendre des drogues avant de pouvoir se faire traiter pour leurs troubles mentaux. À d'autres moments, nous les traitions tout de suite pour leurs troubles mentaux en leur demandant de ne pas arrêter leur consommation de drogues — on

disorders expertise and programs. However, I think it is as high as 30 to 40 per cent of mental health clients and addiction clients have overlapping difficulties. It is a substantial number of people. The way the system is complex now, without the care facilitators or without guidance and interconnection of various services, it is extremely difficult still. It is improving though.

Senator Cordy: That is a positive, is it not?

Ms. Commins: Yes, it is.

Senator Cordy: You have all talked about the stigma. How does From The Heart work to get rid of it? Doug, you have particularly talked about the stigma.

Mr. Millstone: I think the core is the piece about volunteering. Pat and I have been long-term volunteers and have done a number of pieces at the centre including facilitating groups and training volunteers. Ultimately as we worked through our various activities, it became clear that it was confined, that what we did for others who were in the recovery community and for ourselves, that sort of combination, was not out in the public. I think individually it was common sense that I am not prepared to let anybody know. That is common about how people would react and about coming here today.

From The Heart developed because there has been a lot of work done by those in the mental health community about coming out, if you will, and speaking their minds and sharing with the community at large. That is where From The Heart developed. For those of us who have been reasonably long-term volunteers, it is almost revolutionary.

Senator Cordy: You are putting a face on those who have suffered from addictions, which hopefully will decrease the stigmatization.

Mr. Millstone: Which is a face like yours or mine or anybody else's and does not make us any different from anybody else in this room. It ought to be part of who we are without fear of saying it. We are taking one step at a time and our group is in its infancy. This became an opportunity and we felt we would like to share.

Senator Cordy: Michael, were able to talk to Anne McLellan, the minister responsible for security? She wanted your advice on what you should do, what would be your first step in terms of looking at people who go into prison because of addictions?

Mr. Flaxman: I would first mention to her that CSC's vision of rehabilitation is admirable and it is a great start.

Senator Cordy: However, there is a disconnect.

ne sait pas toujours quel mal soigner en premier. Il ne fait aucun doute que les chances s'améliorent de ce côté-là, et le CTSM a une bonne expertise et de bons programmes dans le domaine des troubles concomitants. Toutefois, je crois que les clients des services de santé mentale et les clients des services de toxicomanie ont dans une proportion élevée, de 30 à 40 p. 100, des difficultés multiples. Cela représente un bon nombre de gens. Notre système actuel est complexe, de sorte que sans les travailleurs de la santé ou les mécanismes d'orientation adéquats et sans l'établissement d'un lien entre les divers services, la situation est encore très difficile dans ce domaine. Elle s'améliore néanmoins.

Le sénateur Cordy : Voilà qui est positif, n'est-ce pas?

Mme Commins : Oui, ça l'est.

Le sénateur Cordy : Vous avez parlé de la stigmatisation. Comment s'efforce-t-on de l'éliminer à From the Heart? Doug, vous avez particulièrement abordé cette question.

M. Millstone : À mon avis, le bénévolat est la clé. Pat et moi-même sommes des bénévoles depuis longtemps, et nous avons entrepris un certain nombre d'activités au Centre, entre autres animé des groupes et formé des bénévoles. En effectuant nos diverses activités, nous avons fini par nous rendre compte que nous étions confinés, c'est-à-dire que le public n'était pas au courant de ce que nous faisons pour les autres membres du groupe d'abstinents et pour nous-mêmes, bref de tous ces efforts combinés. J'estime que c'était tout à fait normal de ma part de ne pas vouloir révéler ces choses. C'est normal de réagir ainsi et d'hésiter à venir ici aujourd'hui.

On a mis sur pied From the Heart en raison des grands efforts qu'ont déployés les groupes du secteur de la santé mentale en vue de s'affirmer, si vous me permettez l'expression, et de prendre position ainsi que d'échanger avec l'ensemble de la collectivité. C'est de là qu'est parti From the Heart. Pour les personnes comme moi qui sont bénévoles depuis assez longtemps, ce concept est presque révolutionnaire.

Le sénateur Cordy : Vous donnez un visage aux personnes qui ont souffert de toxicomanie, ce qui, espérons-le, devrait atténuer la stigmatisation.

M. Millstone : C'est un visage comme le vôtre ou le mien ou comme celui de n'importe qui d'autre, ce qui montre que nous ne sommes pas différents de toute autre personne dans cette salle. Comme cela fait partie de notre vécu, nous ne devrions pas avoir peur d'en parler. Nous y allons pas à pas, et notre groupe n'en est encore qu'à ses débuts. C'était une occasion toute choisie, et nous ressentons le besoin de partager.

Le sénateur Cordy : Michael, avez-vous communiqué avec Anne McLellan, ministre responsable de la sécurité? Elle voulait vous demander conseil pour savoir ce que vous feriez, quelle serait votre première étape en vue d'aider les gens qui sont font de la prison à cause de leur toxicomanie.

M. Flaxman : Je lui dirais tout d'abord que la vision du SCC touchant la réinsertion sociale est admirable, et que c'est un bon début.

Le sénateur Cordy : Néanmoins, il y a une rupture.

Mr. Flaxman: There is a disconnect from the time you enter the institution until the time you leave. They say we know that long-term residential care is more successful than short-term with a comprehensive follow-up community phase to the program. That sounds a lot like a federal prison sentence and parole. It sounds like a perfect opportunity to take advantage of that for those individuals that have been convicted or pleaded guilty to crimes that are not necessarily victimless, but did not involve violence and did involve say, drug trafficking and property crimes. There are far too many people doing federal time in minimum-security and medium-security institutions that do not deserve to be there. If the system wants to say they deserve to be behind a wall somewhere, then I would say the wall should be around a recovery community of people who want to quit using dope because a large percentage of them do want to make a change. Obviously, something went wrong in their lives and they do not all want to go back, but recidivism numbers will say that most of them do for technical violations using drugs, or committing crimes to support their habits again while on parole.

It tends to be a revolving door system, but a drug-and-alcohol-only rehab institution would be much more effective than the fractured programs that are delivered in the federal system now.

Senator Cordy: Does your sentence have to be so long before you actually can access any help at all?

Mr. Flaxman: No. Upon entering the system, they use a computerized lifestyle indicator, which is a lot like going to get your licence; answering questions and pushing buttons. Instead of talking to an individual about your past and your problem, they leave it up to computers to determine what your needs are, and that does not strike me as being very productive.

Upon entering the system, I knew as an inmate that to be perfectly honest with those questions in my answers, I would be taking programs until the end of my sentence. They would have so many programs piled up for me I would never have them completed in time for my parole date. Consequently, people are not truthful on those tests. That is what winds up happening.

The Chairman: Thank you. Michael, just before we turn to Senator Trenholme Counsell, you said that the Correctional Services Canada vision is terrific, but is it fair for me to conclude that you are also saying, but their actual method of operation does not bear a lot of relationship to the vision?

Mr. Flaxman: Yes, that would be fair.

The Chairman: I am not trying to put words in your mouth.

M. Flaxman : Il y a une rupture à compter du moment où une personne entre à l'établissement et jusqu'à ce qu'elle en sorte. Ils disent que nous savons bien que l'aide à long terme apportée en établissement résidentiel donne de meilleurs résultats que l'aide à court terme assortie d'une phase complète de suivi dans la collectivité dans le cadre du programme. Ils parlent bien, semble-t-il, d'une peine dans une prison fédérale et d'une libération conditionnelle. À les entendre, on croirait que c'est une chance inespérée pour ces personnes qui ont été condamnées ou ont plaidé coupables pour des crimes qui ont peut-être fait des victimes, mais ne comportaient aucune violence, par exemple le trafic de stupéfiants et les infractions contre les biens. Beaucoup trop de détenus sous responsabilité fédérale qui purgent une peine dans des établissements à sécurité minimale et à sécurité moyenne ne devraient pas être là. Si notre système veut que nous enfermions ces personnes quelque part, j'estime alors que ce devrait être dans un endroit où elles seraient entourées d'un groupe d'abstinents qui ne veulent plus se droguer, car bon nombre d'entre elles veulent effectivement changer. On voit bien que quelque chose a mal tourné dans leur vie, et qu'elles ne veulent pas retourner là-bas, mais les statistiques révèlent que la plupart de ces personnes récidivent, qu'elles sont arrêtées pour manquement aux conditions de leur libération conditionnelle, parce qu'elles ont consommé des drogues ou ont commis de nouveau des crimes pour alimenter leur dépendance.

C'est un système favorisant le syndrome de la porte tournante, mais un centre complet de désintoxication pour toxicomanes et alcooliques serait beaucoup plus efficace que les programmes fracturés offerts actuellement dans le réseau fédéral.

Le sénateur Cordy : Est-ce que la peine doit être assez longue pour qu'on obtienne de l'aide?

M. Flaxman : Non. Dès l'entrée dans le système, on utilise un indicateur informatisé du mode de vie, processus qui ressemble à celui qui permet d'obtenir son permis de conduire, soit répondre à des questions et appuyer sur des touches. Au lieu de parler de notre passé et de nos problèmes à quelqu'un, nous devons laisser aux ordinateurs le soin de déterminer nos besoins, ce qui ne me semble pas très productif.

Dès mon arrivée dans le système, je savais que si j'étais tout à fait honnête dans mes réponses en tant que détenu, je serais obligé de suivre des programmes jusqu'à la fin de ma peine. On m'inscrirait à tellement de programmes que je ne pourrais les terminer à temps pour la date de ma libération conditionnelle. En conséquence, les gens ne disent pas la vérité dans ces tests. C'est inévitable.

Le président : Merci. Michael, avant de céder la parole au sénateur Trenholme Counsell, j'aimerais que vous précisiez un point : vous avez dit que la vision du Service correctionnel du Canada est formidable, mais d'après vos autres observations, puis-je en déduire que vous estimez que la pratique ne suit pas beaucoup la vision?

M. Flaxman : Oui, c'est bien cela.

Le président : Je n'essaie pas de vous faire dire ce que vous n'avez pas dit.

Mr. Flaxman: That would be fair.

Senator Trenholme Counsell: I do not know where to start. Senator Cordy has brought some of this out, but I guess we are all very worried about our communities and about drug use and how it filters down to the young children and some of the crimes that come with it especially against seniors and even with snatching of purses in the parking lot of Tim Hortons. That is the last one I read, in Moncton, New Brunswick.

I am a doctor and I want to ask you, Michael, what they do with you. I would have thought some sort of treatment plan began immediately. You go in, you are on cocaine, you are on whatever, you do not get treatment for six months but you try to find your way, and make your way to the drug culture to feed your habits. Do they give you injections of some kind of a tranquilizer or are you left to bang around in your cell? What happens, if you care to answer?

Mr. Flaxman: Absolutely. The reason for the delay is backlog. The number of available spaces for offenders to receive programming is limited. Because I was serving a lengthy sentence of seven years, they thought that I would be pushed to the back burner so they could facilitate the people serving shorter sentences to get their programs. It does not make much sense that they deliver these programs that are effective. They are based on the cognitive model of thinking before you act and thinking about the consequences. They helped me a great deal and they help others, but the delay in receiving the programs is far too great for it to have an effect when you first get there.

Senator Trenholme Counsell: Michael, there is an immediate demand, an immediate crisis. I know something about people who are in withdrawal. How is the withdrawal managed?

Mr. Flaxman: Usually by the time you end up in a federal institution, you have detoxed in a provincial environment.

Senator Trenholme Counsell: Oh, yes, I see. Of course. That makes sense. If you go to the local jail for x-number of days or weeks, is there some acceptable medical treatment to help you through that?

Mr. Flaxman: There is. At the Don Jail there is a medical wing where they will supply — for example, I was coming down off heroin and they supplied me with valium and clonidine, low doses, but at the East and the West, for example, if you go withdrawing from heroin, they throw you in the hole.

Senator Trenholme Counsell: That is what I was afraid I might hear.

Mr. Flaxman: This is how different institutions deal with it.

M. Flaxman : C'est bien cela.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je ne sais pas par où commencer. Le sénateur Cordy a déjà soulevé certains points, mais je présume que nous sommes très inquiets au sujet de nos collectivités, de l'usage des drogues et du fait qu'elles peuvent arriver jusqu'à nos jeunes enfants, ainsi qu'au sujet des crimes qui s'y rattachent; notamment ceux commis contre des aînés, par exemple le cas du vol de sacs à main dans le stationnement de Tim Horton's. C'est la dernière nouvelle du genre que j'ai eue à Moncton, au Nouveau-Brunswick.

Comme je suis médecin, j'aimerais savoir, Michael, ce qu'on fait de vous. J'aurais cru qu'on appliquait immédiatement un plan de traitement. Supposons que vous êtes cocaïnomane ou avez une autre dépendance : vous arrivez là, on ne vous donne aucun traitement pendant six mois, mais vous essayez de vous en sortir vous-même, c'est-à-dire de trouver un moyen d'obtenir de la drogue sur place pour alimenter votre dépendance. Vous injecte-t-on des tranquillisants, ou vous laisse-t-on à vous-même dans votre cellule? Qu'arrive-t-il, si vous n'avez aucune objection à répondre?

M. Flaxman : Je tiens à répondre. La raison du délai est l'arriéré. Le nombre de places offertes aux délinquants dans le cadre des programmes est limité. Comme je devais purger une peine de sept ans, on a décidé de me faire attendre afin de permettre à d'autres personnes purgeant des peines plus courtes de participer aux programmes. Ça n'a pas d'allure, car les programmes offerts sont efficaces. Ils sont fondés sur le modèle cognitif de pensée, selon lequel il faut réfléchir avant d'agir et évaluer les conséquences de ses actes. Ces programmes m'ont beaucoup aidé, ainsi que d'autres personnes, mais le délai pour en bénéficier est beaucoup trop long pour qu'ils aient un impact sur vous dès votre arrivée.

Le sénateur Trenholme Counsell : Michael, supposons qu'il y ait un besoin urgent, une crise immédiate. J'ai une assez bonne idée de ce qui arrive aux personnes en sevrage. Qu'arrive-t-il dans ce genre de situation?

M. Flaxman : En général, avant d'arriver dans un établissement fédéral, on passe par un centre de désintoxication de ressort provincial.

Le sénateur Trenholme Counsell : Ah oui, je vois. Bien sûr. C'est logique. Si vous devez rester un certain nombre de jours ou de semaines dans une prison locale, pouvez-vous recevoir des traitements médicaux qui vous aident à passer par là?

M. Flaxman : C'est le cas. À la prison Don, il y a une aile médicale où on fournit ce qu'il faut — par exemple, lorsque j'étais en sevrage d'héroïne, on m'a donné du valium et de la clonidine, à faibles doses; par contre, dans des prisons comme East et West, on vous met en isolement lorsque vous êtes en sevrage d'héroïne.

Le sénateur Trenholme Counsell : C'est bien ce que je craignais.

M. Flaxman : C'est la manière dont différents établissements s'y prennent pour gérer cela.

Senator Trenholme Counsell: I think we can certainly make some comments about this. Can I ask David a question? I am very interested in the Assistant Cook Extended Training program because in my province of New Brunswick, I hear all the time that for our young people who now finish high school because of integration, one of the biggest problems is that there is very, very little in the way of educational opportunities for them in our community colleges, et cetera. You have just finished your first year of this, I gather, or the first semester or term. Can you expand on this: how this came about and whether this is a model? Are there other training programs like this in Ontario, for instance, that you know about?

Mr. Reville: I think we have invented this program. I think it is unique for a number of reasons and I would be happy to tell you a bit about it.

Senator Trenholme Counsell: Yeah. I think it is very important.

Mr. Reville: The program has been developed in response to the difficulty people with mental health and addictions issues have in paying for the kind of training that they require — that is one — and in getting training that is sensitive to their needs. They might have been out of school for a long time, for instance, or they may have some learning deficits that need to be addressed. Quite a number of them have confidence issues or feelings of terrible inferiority that need to be addressed.

One of the reasons why this program works we believe is, first of all, it is free. Second of all, it comes with a Metro pass. That means people do not have to pay for transportation. Their uniforms are supplied. Their tools and knives are supplied, and there are what we call job coaches. In addition to the chefs and nutritionists who teach the skills and theories, the program employs a number of coaches, each of whom works with a particular number of students to try and figure out what kind of accommodations they might need to be successful.

I want you to know that the first cohort of students had a lower drop-out rate and higher marks than the regular cohorts of students at George Brown. We are extremely pleased with what survivors and recovering addicts have been able to achieve.

Senator Trenholme Counsell: This program is just, I should not say just, but is for survivors and recovering addicts. It is not for young people with intellectual challenges?

Mr. Reville: It could be. The program we designed happens to address the unemployment issues that survivors and recovering addicts have. I am sure this approach would work for others, but it was developed because some of us working at the Centre for

Le sénateur Trenholme Counsell : Je crois que nous aurons sans aucun doute des commentaires à ce sujet. Puis-je poser une question à David? Je suis très intéressée par le programme Assistant Cook Extended Training, car dans ma province, au Nouveau-Brunswick, j'entends constamment parler du fait que, en raison de l'intégration, nos jeunes gens qui terminent maintenant leurs études secondaires font face à de gros problèmes, notamment le manque de débouchés qui s'offrent à eux dans nos collèges communautaires et ailleurs. J'imagine que vous venez juste de terminer votre première année d'études là-bas, ou du moins le premier trimestre. Pourriez-vous apporter des précisions à ce sujet? Comment en est-on arrivé à ce programme de formation, et s'agit-il d'un modèle? Existe-il d'autres programmes de formation du même genre en Ontario, par exemple, dont vous auriez entendu parler?

M. Reville : Je crois que nous avons inventé ce programme. À ma connaissance, il est unique pour un certain nombre de raisons, et je serai heureux de vous en donner un aperçu.

Le sénateur Trenholme Counsell : Oui. Je crois que c'est très important.

M. Reville : On a élaboré ce programme afin d'aider les personnes qui souffrent de troubles mentaux et de toxicomanie, car elles peuvent difficilement payer le genre de formation dont elles ont besoin — point un — et une formation qui répond à leurs besoins. Par exemple, ça peut faire longtemps qu'elles n'ont pas été à l'école, ou elles peuvent avoir des problèmes d'apprentissage qui exigent une attention particulière. Bon nombre de ces personnes manquent d'estime de soi ou se sentent terriblement inférieures, problèmes qu'il faut les aider à résoudre.

Parmi les raisons pour lesquelles ce programme fonctionne bien, c'est surtout, à notre avis, parce qu'il est gratuit. En outre, il s'assortit d'un laissez-passer de métro. Cela signifie que les gens n'ont pas à payer pour leur transport. On fournit leurs uniformes. Les outils et couteaux sont également fournis, et il y a des formateurs en milieu de travail. Outre les chefs et les nutritionnistes qui enseignent les compétences et théories requises, le programme embauche un certain nombre de formateurs, qui sont chacun assignés à un petit groupe d'étudiants et doivent déterminer quel genre d'aménagement est nécessaire pour qu'ils réussissent.

Je tiens à vous souligner que le premier groupe d'étudiants a affiché un taux de décrochage plus faible et des notes plus élevées que les étudiants ordinaires de George Brown. Nous sommes très fiers de ce que ces survivants et anciens toxicomanes ont réussi à réaliser.

Le sénateur Trenholme Counsell : Ce programme s'adresse seulement — et je ne devrais pas dire seulement — donc il s'adresse aux survivants et aux anciens toxicomanes. Il n'est pas destiné aux jeunes gens qui ont des déficits intellectuels?

M. Reville : Ça pourrait se faire. Le programme que nous avons conçu vise à aider les survivants et les anciens toxicomanes à trouver de l'emploi. Je suis sûr que nous pourrions adapter cette approche pour d'autres personnes, mais on l'a élaborée parce que

Addiction and Mental Health were trying to implement CAMH's new strategy about client employment. This was one of the strategies up with which we came.

Senator Trenholme Counsell: You said extended training program. Is it individualized? It might take somebody four months to do it. It might take somebody else eight months. Is there individualization in terms of working your way through it?

Mr. Reville: The program is a semester longer than the regular program and includes a placement in a restaurant, hotel or hospital where people actually work in the trade for 120 hours. At the end of it, they actually get a certificate that is valuable in the marketplace. They get an Assistant Cook Certificate.

Senator Pépin: Mr. Quinn, I hope that it has been a long time since you have been to Montreal. I am a Montrealer and after the description you made of the centre, I hope that, since that time, we have a better centre, but as you say there is no centre like yours anywhere else.

Mr. Quinn: Not that I am aware of.

Senator Pépin: Also, you say you have 10 places. You answer calls, and you can meet with people, but what about people who call and who are in crisis? Could you direct them somewhere? How does it work? The people who are referred or who call your centre — we know it is non-medical but maybe some time you may have an emergency, someone who is in crisis. What do you do with those cases?

Mr. Quinn: If it is an emergency situation and someone's life is at risk, we would call 911 and involve emergency services. That happens very seldom. In a year of 1,500 calls a month or 18,000 a year, we get probably less than 20 calls where we have to call emergency services.

Once somebody has decided to call us, they are looking for help. If we can spend the time with them, we can probably avoid having emergency services called for them. We get about 600 calls per year from hospital emergencies who have people that have showed up at the emerge and they are choosing not to admit. They refer them back to us so they have a place to go rather than home.

Senator Pépin: You are able to make it with 10 places only?

Mr. Quinn: Well, yes, but no. A lot more could be done. I think one of the things that needs to be brought out, and Becky talked about it a bit in the last panel; poverty issues are the issues that are predominant in terms of what people call us and need help. About 30 per cent of the people who call us are homeless and housing is an issue. A large number are in substandard housing, and financial issues and a variety of other things are causing them to go into crisis.

certain d'entre nous au Centre de toxicomanie et de santé mentale s'efforçaient d'établir une nouvelle stratégie d'emploi des clients. C'était l'une des stratégies que nous avons proposées.

Le sénateur Trenholme Counsell : Vous avez parlé d'un programme de formation prolongé. Est-il personnalisé? Certaines personnes pourraient prendre quatre mois pour le terminer, et d'autres, huit mois. Est-ce que vous vous adaptez selon la personne?

M. Reville : Le programme dure un trimestre de plus que le programme régulier, et il comprend le placement d'étudiants dans un restaurant, un hôtel ou un hôpital, où ils travaillent dans le domaine jusqu'à ce qu'ils aient accumulé 120 heures. Après cela, ils obtiennent un certificat qui est reconnu sur le marché du travail. C'est un certificat d'aide-cuisinier.

Le sénateur Pépin : Monsieur Quinn, j'espère que ça fait longtemps que vous n'êtes pas venu à Montréal. Je viens de Montréal, et après la description que vous venez de faire du centre, j'ose espérer que, depuis ce temps-là, nous avons établi un meilleur centre, mais, comme vous l'avez dit, il n'y a pas d'autres centres comme le vôtre ailleurs.

M. Quinn : Pas à ma connaissance.

Le sénateur Pépin : Autre chose : vous dites que vous avez 10 places. Vos répondez aux appels téléphoniques et vous rencontrez les gens s'il le faut, mais qu'est-ce qui arrive aux gens qui sont en crise au moment où vous recevez leur appel? Pouvez-vous les aiguiller ailleurs? Les gens qui vous sont envoyés ou qui téléphonent à votre centre peuvent être en crise — nous savons bien que votre approche est non médicale, mais vous devez parfois être confronté à des urgences. Que faites-vous dans ces cas-là?

M. Quinn : Si c'est une urgence et que la vie de quelqu'un est en danger, nous composons le 911 pour demander l'aide des services d'urgence. C'est très rare que ça arrive. Nous avons probablement moins de 20 appels sur 1 500 appels par mois, ou 18 000 appels par année, où nous devons communiquer avec les services d'urgence.

Lorsque les gens décident de nous appeler, c'est qu'ils veulent obtenir de l'aide. Si nous sommes en mesure de leur consacrer du temps, nous pourrions probablement éviter d'avoir à communiquer avec les services d'urgence pour eux. Nous recevons environ 600 appels par année des services d'urgence hospitaliers au sujet de personnes qui se sont présentées à l'urgence, mais qu'on n'a pas voulu admettre. On nous les envoie pour qu'ils puissent aller ailleurs que chez eux.

Le sénateur Pépin : Vous y arrivez avec seulement 10 places?

M. Quinn : Eh bien, oui et non. Nous pourrions faire beaucoup plus. À mon avis, il y a un point en particulier qui mérite notre attention, ce dont Becky a d'ailleurs parlé dans le dernier panel : la pauvreté est un problème prédominant qui touche les gens qui nous appellent et ont besoin d'aide. Environ 30 p. 100 des gens qui nous appellent sont sans abri, et ils ont besoin d'un logement. Un certain nombre d'entre eux habitent dans des taudis, et leurs problèmes financiers et divers autres problèmes les poussent à la crise.

Senator Pépin: Mr. Reville, you did not mention any, let us say, discrimination against the people who go and visit your centre, particularly the ones that are involved in the survivor business. Is it possible that you are able to have people who do not feel discriminated against?

Mr. Reville: I think stigma remains a very serious problem. I know that in terms of A-Way Express Couriers, there was a time in Toronto when there were some incidents where people were being pushed off the subway platform by people who were said to have mental health problems. Our couriers use the Toronto Transit Commission, TTC, system and they felt very anxious during that period of time because they themselves are people with mental health problems and they felt that the stigma had increased because of the anxiety people had about being pushed.

We do believe though that the best anti-stigma program you can ever have is to see a person who is a survivor doing well. When we see our couriers on Bay Street delivering important packages, it is an anti-stigma program that cannot be beat.

Senator Pépin: That is wonderful. That means that they still face acidity to find a job but if they have more confidence in themselves, maybe it is easier. If they are ordered to a place, or you send them to get a job, then those people are aware of the difficulties of the mental patient.

Mr. Reville: One of the features of survivor business that makes them different from programs where people are placed is that you can stay in a survivor business as long as you like. For instance, there are some people who have worked at A-Way Express for 18 years including the bookkeeper. People like working in survivor businesses but people also gain confidence by working in survivor business and go to work in the main stream. Survivor business is not going to be the answer to unemployment but it is a very good answer to building community for people who have lost it, and it is a good answer for people who make some money and get back into that habit of working.

Senator Pépin: That is very good. Mr. Flaxman, you mentioned in your presentation a separate institution in the prison and that I understand. Also, you were saying about the services offered to people who want to stop using drugs but we all know that it is much, much easier to use drugs when you are inside. When you speak about a separate institution, do you mean if there were some, let us say, kind of a house or a department outside, maybe on the same ground as the prison, but it would be only for people who want to stop using drugs, and maybe they can accept more and it will be easier. Is that what you had in mind, or did I misunderstand?

Le sénateur Pépin : Monsieur Reville, vous n'avez pas parlé, disons, de la discrimination à laquelle les gens qui visitent votre centre peuvent être confrontés, notamment ceux qui participent aux entreprises de survivants. N'avez-vous vraiment personne qui se sent victime de discrimination?

M. Reville : Je crois que la stigmatisation demeure un problème très grave. Je sais que, en ce qui concerne le service de messagerie A-Way Express, il y a eu à un moment donné des incidents à Toronto où des gens souffrant de troubles mentaux auraient poussé en bas du quai des personnes qui attendaient le métro. Comme nos messagers utilisent le système de la Toronto Transit Commission, la TTC, ils étaient très nerveux pendant cette période puisqu'ils sont eux-mêmes déjà des personnes souffrant de troubles mentaux et qu'ils avaient l'impression que la stigmatisation était plus forte en raison de la peur que les gens avaient de se faire pousser.

Nous croyons fermement que le meilleur programme de lutte contre la stigmatisation est celui qui consiste à voir un survivant bien s'en sortir. Lorsque nous voyons nos messagers de la rue Bay qui vont livrer d'importants colis, nous sommes convaincus d'avoir établi ainsi un programme sans précédent de lutte contre la stigmatisation.

Le sénateur Pépin : C'est formidable. Cela signifie que même s'ils éprouvent des difficultés à trouver un emploi, en ayant une meilleure estime d'eux-mêmes, ils accroissent leurs chances dans ce domaine. Si vous les envoyez à un endroit où qu'ils doivent essayer d'obtenir un emploi, alors les gens se rendent mieux compte des difficultés auxquelles sont confrontées les personnes souffrant de troubles mentaux.

M. Reville : Parmi les caractéristiques qui différencient les entreprises de survivants des programmes de placement, mentionnons le fait qu'on peut travailler aussi longtemps qu'on veut dans une entreprise de survivants. Par exemple, certaines personnes travaillent pour A-Way Express depuis 18 ans, dont le commis-comptable. Les gens aiment travailler dans ce genre d'entreprises, car cela leur permet également d'acquérir la confiance requise pour pouvoir ensuite travailler dans les secteurs principaux. Ces entreprises ne sont pas une solution au chômage, mais c'est un très bon moyen de permettre aux gens qui se sont retrouvés seuls d'établir des liens avec la collectivité, ainsi que de les aider à reprendre l'habitude de travailler et d'être rémunérés.

Le sénateur Pépin : C'est une très bonne chose. Monsieur Flaxman, vous avez précisé dans votre témoignage qu'il y a un établissement distinct dans la prison, ce que j'ai bien compris. En outre, vous avez parlé des services offerts aux gens qui veulent arrêter de se droguer, mais nous savons tous que c'est beaucoup plus facile de se droguer lorsqu'on est en prison. Lorsque vous faisiez allusion à un établissement distinct, vouliez-vous dire qu'il s'agit, disons, d'un centre ou d'un service à l'extérieur, peut-être sur le même terrain que la prison, mais qui serait destiné uniquement aux gens qui veulent arrêter de se droguer, où on pourrait peut-être en accepter plus et rendre les choses plus faciles? Est-ce bien ce que vous aviez à l'esprit, ou vous ai-je mal compris?

Mr. Flaxman: When I was in prison I was a member of a community within the institution called River Hill Therapeutic Community, and it was a self-contained living unit in which drug-free offenders tried to live. For the most part it was a great program except when we, as individuals, left the living unit to exercise and take time in the yard, we were confronted with triggers when we saw the known drug dealer, and the temptation was there.

The idea behind a self-contained institution is to maintain a recovery-oriented community. On the living unit it was easy to do but once we left that living unit and mingled with the other offenders in the institutions, it became much more difficult for a lot of us.

Senator Pépin: And maybe I misunderstood, but you were speaking about counsellors who helped you to go through, and you say that they were former policeman or something like that. Do you believe that people like you, if you were paid, could do it and maybe it will be better accepted by the inmates?

Mr. Flaxman: I was referring to what corrections refers to as paraprofessionalize. They take workers from one part of an institution who want a job change, they want to do something else. They will retrain them to, say, deliver programs. In the eyes of an offender or an inmate, that is just a make-work project for the unions. That is where we were coming from. Even though the programs helped me, for the majority they are still a copper.

Senator Pépin: It is true because they did not go through the experience.

Senator Keon: Mr. Quinn, how do people know about your facility and your program? I know you made an effort with films and so forth, as Dr. Gerstein has said, to create awareness and so forth, but there must be many people who do not know about it as opposed to many people who do know about it who would be greatly advantaged. Is that correct?

Mr. Quinn: I think within the mental health field there are more people that know about it than do not. We hand out cards at various places so that individuals who may need help will be able to use our cards to find us by phone. We do outreach to boarding homes, hospitals and other groups. We have partnerships with a variety of different groups so we can make sure that the groups that are dual-diagnosed or concurrent-disorders know about us as well. Over the years we have not had a problem getting customers. It has not been that we need to go out and do a huge amount of publicity. Certainly, the hospitals are all aware of us.

M. Flaxman : Lorsque j'étais en prison, j'étais membre d'une collectivité au sein de l'établissement appelée River Hill Therapeutic Community; c'était une unité résidentielle distincte où les délinquants qui ne voulaient pas prendre de drogue s'efforçaient de vivre. C'était un très bon programme dans l'ensemble, sauf que les gens devaient sortir de l'unité pour aller faire de l'exercice et se promener dans la cour, de sorte que nous devions faire face à des tentations lorsque nous voyions le revendeur de drogue bien connu, et nous avions bien envie d'y céder.

Il importe d'établir un établissement distinct afin de maintenir une collectivité axée sur le rétablissement. À l'unité résidentielle, c'était facile, mais dès que nous la quittons pour aller rejoindre les autres délinquants dans les établissements, ça devenait beaucoup plus difficile pour la plupart d'entre nous.

Le sénateur Pépin : Et peut-être ai-je mal saisi, mais vous avez parlé de conseillers qui vous ont aidé à passer par là, et il me semble que vous avez précisé qu'il s'agissait d'ex-policiers ou quelque chose du genre. Estimez-vous que des personnes comme vous pourraient le faire si vous étiez rémunéré pour cela, et seriez-vous mieux accepté par les détenus?

M. Flaxman : Je faisais allusion à ce que le service correctionnel désigne comme des « paraprofessionnels ». On prend un travailleur d'une autre partie de l'établissement qui veut changer de travail, faire autre chose. On peut alors l'informer de façon qu'il puisse, par exemple, offrir des programmes. Aux yeux d'un délinquant ou d'un détenu, c'est seulement une création ponctuelle d'emplois pour les syndicats. C'est de là que nous venons. Même si les programmes m'ont aidé, pour la plupart ils sont toujours de mêche avec la police.

Le sénateur Pépin : C'est vrai, puisqu'ils n'ont pas connu cette expérience.

Le sénateur Keon : Monsieur Quinn, comment est-ce que les gens apprennent à connaître votre établissement et votre programme? Je sais que vous avez déployé des efforts grâce à des films et à d'autres outils, comme Mme Gerstein l'a mentionné, pour sensibiliser les gens et effectuer d'autres activités de promotion, mais il doit y avoir bon nombre de gens qui ne le connaissent pas, par rapport au grand nombre de gens qui le connaissent, et qui pourraient grandement en profiter. Est-ce exact?

M. Quinn : Dans le domaine de la santé mentale, je crois qu'il y a plus de gens qui le connaissent que de gens qui ne le connaissent pas. Nous distribuons nos cartes d'affaires à divers endroits afin que les personnes susceptibles d'avoir besoin de nous puissent nous rejoindre par téléphone. Nous effectuons des activités de sensibilisation dans les foyers d'accueil, les hôpitaux et parmi d'autres groupes. Nous avons établi des partenariats avec divers groupes afin de nous assurer que ceux oeuvrant auprès de personnes aux diagnostics doubles ou souffrant de troubles multiples nous connaissent également. Au cours des années, nous n'avons jamais eu de difficulté à trouver des clients. Nous n'avons jamais été obligés de faire beaucoup de publicité à notre sujet. Les hôpitaux nous connaissent sans aucun doute tous.

David did a focus group for us when we were looking at maybe being forced to cut back because of lack of funds. How many groups was it, David? It was 40 or something? About 40 different agencies, groups in the city, came in to talk to him about the centre and what they felt about it so I think it is well known in Toronto. We get referrals from Peel Region and York Region, and phone calls from New Brunswick, among other places, who have gone there to visit and called back. Knowing about us is not a problem at this point, and not having enough is more than a difficulty.

Dr. Gerstein: You would be interested to know that nearly every year the graduating class from the medical school in Toronto comes on a tour because there are outreach programs.

Senator Keon: Mr. Flaxman, and perhaps, Mr. Millstone, you can join in this — I realize your specialty is family law but perhaps you could make a contribution to this. It seems to me that particularly for the young person who has a criminal conviction, their real problem starts when they get out. For example, I know they cannot get into medical school. I know that they cannot get into law school. I know that they cannot get into engineering. I know they cannot get a job with the police. They cannot get a job in the civil service. Most of them cannot leave the country, and they are saddled with this for the rest of their lives.

You mentioned there are many people in there that should not be there. It is a matter of great concern to me that this act of defining a young person as a criminal, when the act, when their crime, may not have been very serious, has a lifetime impact that they cannot escape.

I understand there are appeals sometimes where there can be a change in the status of the individual, but I would really appreciate you talking a bit about life after.

Mr. Flaxman: For me, it was a little different. I got out of prison at 39 and I had established myself in the hospitality community in Toronto where I personally did not have a problem finding employment. However, you are right. For a youngster, say 19 or 20, if you tell him long enough he cannot do things like the list you just went down, it is a self-fulfilling prophecy. He continues to tell himself, "I cannot do this. I cannot do that. All my avenues are blocked. I have burned all my bridges." He or she will turn to a life of crime, or drug use and a life of crime, to support that drug use, without meaningful employment and the stigma attached to not only being a drug addict but an ex-convict as well. It is a double stigma. Fortunately, I never had to deal with that.

Senator Keon: Have you had any experience with it in family law, Mr. Millstone?

David a organisé un groupe de discussion lorsque nous envisagions de réduire les dépenses en raison d'un manque de fonds. Combien de groupes se sont présentés, David? Environ 40, n'est-ce pas? Environ 40 organismes et groupes situés dans la ville sont venus discuter avec lui du centre et de ce qu'ils en pensaient; donc, je crois qu'il est bien connu à Toronto. Nous avons reçu des recommandations des régions Peel et York, ainsi que des appels téléphoniques du Nouveau-Brunswick, entre autres, de la part de gens qui étaient venus nous voir. À ce stade, nous n'avons plus à nous demander si nous sommes suffisamment connus, mais c'est le fait que nous manquions de fonds qui pose grandement problème.

Mme Gerstein : Vous noterez que, presque chaque année, les étudiants de dernière année de l'école de médecine à Toronto viennent nous visiter en raison des programmes de sensibilisation.

Le sénateur Keon : Monsieur Flaxman, vous pourriez vous joindre à la discussion, et peut-être aussi monsieur Millstone — je comprends que votre expertise se situe dans le domaine du droit de la famille, mais peut-être pourriez-vous apporter ici une contribution. Il me semble que les jeunes, notamment, qui purgent une peine pour une condamnation au criminel commencent à avoir de réels problèmes lorsqu'ils sortent de prison. Par exemple, je sais qu'ils ne peuvent entrer dans une école de médecine. Je sais qu'ils ne peuvent entrer dans une école de droit. Je sais qu'ils ne peuvent travailler comme policier. Ils ne peuvent travailler dans la fonction publique. La plupart d'entre eux ne peuvent quitter le pays, et ils doivent traîner ce boulet pendant le reste de leur vie.

Vous avez souligné que bon nombre des gens qui sont en prison ne devraient pas y être. Je suis grandement préoccupé par le fait que, lorsqu'on détermine qu'un jeune est un criminel même si son geste ou son crime n'est pas très grave, cela aura un impact permanent sur le reste de sa vie.

Je comprends qu'il peut parfois y avoir un changement de statut pour la personne après que sa cause a été portée en appel, mais j'aimerais beaucoup que vous me parliez un peu de la vie après la prison.

M. Flaxman : Dans mon cas, c'était un peu différent. Je suis sorti de prison à 39 ans, et j'avais des connaissances dans le domaine de la restauration à Toronto, ce qui m'a permis de trouver facilement un emploi. Vous avez néanmoins raison. Pour un jeune, disons de 19 ou 20 ans, à qui on répète constamment qu'il ne peut faire telle ou telle chose, par exemple tout ce que vous avez mentionné, c'est une prophétie auto-accomplie. Il continue de se dire « je ne peux pas faire ceci, ni cela. Je n'ai plus aucune option. J'ai brûlé tous mes ponts. » Il se tournera alors vers le crime, ou bien vers la drogue et le crime pour alimenter sa dépendance, et, sans emploi significatif, il fera face à la stigmatisation rattachée au fait d'être non seulement un toxicomane, mais aussi un ancien prisonnier. C'est une stigmatisation double. Heureusement pour moi, je n'ai jamais été confronté à cela.

Le sénateur Keon : Avez-vous déjà été témoin de ce genre de situation dans le cadre de votre pratique en droit de la famille, monsieur Millstone?

Mr. Millstone: It is not necessarily a family law problem. In the young offender work that I have done, firstly, there is virtually no facility available for young people and teenagers who are afflicted with substance abuse. I have been a long-term volunteer at a children's mental health agency here in the city called East Metro Youth Services. It was worse than pulling teeth ultimately to get funding for a program to allow for the hard-to-serve youth that the centre assisted to have an addiction program for teenagers. They would then get involved in the Young Offender system in this province. On their releases, while it would not be a secure custody, the group home facilities and the open custody facilities are not equipped to deal with the substance abuse issues for a teenager which are much different than adults because young people are looking at a longer lifespan. I was able to look back at some history and then look forward, but for young people to look forward for the rest of their lives and have to think about clean and sober or harm reduction is incredibly difficult, and those facilities are not in existence. The impact of substance abuse on family law and family life is another whole area that would occupy hours.

Senator Cochrane: Dr. Gerstein, last evening I was lucky enough to meet and sort of interview a special educator here in your city by the name of Mary Gordon. She was the one that introduced me to your name actually. Her whole idea as an educator was entitled Roots of Empathy. This is dedicated to building caring, peaceful and civil societies through the development of empathy in children.

Tell me, how did you arrive at creating this centre using these positive attributes as a foundation of your service to people of mental disabilities?

Dr. Gerstein: It is difficult to answer, in that, I think it is always something that I cannot think of any other way. I know Mary Gordon. She called me this morning. What I found interesting in thinking about it afterwards, that the very same things that she does when she takes a baby and their parents into —

Senator Cochrane: A classroom.

Dr. Gerstein: — into a classroom is work to develop empathy and the words to describe one's emotions. There was a psychiatrist who also worked closely with them at one time and she has been able to convince people in Japan, Australia, the province of British Columbia and so on, but what interested me is that the underlying kind of things we say are practically the same. She has never been to The Gerstein Centre and I know her in a much broader context, early childhood and work with Dr. Fraser Mustard. I guess people that think this way have a tendency to gravitate towards each other. It is not something you are taught, really, but that is what she is able to communicate because there is already beginning to be some evidence that it does have an impact. It is not a very scientific kind of study to say that people are influenced that much over a period of time because they have

M. Millstone : Ce n'est pas nécessairement un problème qui relève du droit de la famille. En oeuvrant auprès des jeunes délinquants, j'ai tout d'abord constaté qu'il n'y a pour ainsi dire pas d'établissements prévus pour les jeunes et les adolescents qui souffrent de toxicomanie. Je suis bénévole depuis longtemps auprès d'un organisme de santé mentale pour enfants, l'East Metro Youth Services, situé ici dans la ville. Nous avons eu toutes les difficultés du monde à obtenir du financement pour un programme devant permettre aux jeunes en difficulté que le centre aide de participer à un programme pour adolescents toxicomanes. Ils devaient ensuite être intégrés au système pour adolescents de la province. Après avoir été libérés, ils seraient placés non pas dans un établissement de garde en milieu fermé, mais dans un foyer de groupe ou un établissement de garde en milieu ouvert, lesquels ne sont pas en mesure de traiter les cas de toxicomanie chez les adolescents, qui sont très différents des cas chez les adultes, car les jeunes ont encore toute leur vie devant eux. J'ai moi-même une histoire derrière moi, qui me permet de voir en avant, mais les jeunes quant à eux ont beaucoup de difficulté à regarder en avant pour le reste de leur vie et à penser à se désintoxiquer et à réduire leurs méfaits, et nous ne disposons pas des établissements requis. L'impact de la toxicomanie sur le droit de la famille et la vie familiale est une tout autre question qui pourrait nous occuper pendant des heures.

Le sénateur Cochrane : Mme Gerstein, hier soir, j'ai eu la chance de rencontrer et d'interroger, si l'on peut dire, une enseignante spécialisée qui œuvre dans votre ville, Mary Gordon. C'est elle qui m'a en fait permis de vous connaître de nom. Tout son enseignement est fondé sur le concept des Racines de l'empathie. Cet organisme vise à bâtir des sociétés bienveillantes, pacifiques et civilisées en favorisant l'empathie chez les enfants.

Dites-moi, comment en êtes-vous venue à établir votre centre en vous fondant sur ces qualités positives pour aider les gens qui souffrent de troubles mentaux?

Mme Gerstein : C'est difficile de répondre, en ce sens que je ne vois pas comment on pourrait envisager cela autrement. Je connais Mary Gordon. Elle m'a appelée ce matin. Après coup, je me suis dit que c'est intéressant de voir qu'elle fait exactement la même chose lorsqu'elle amène un bébé et ses parents dans...

Le sénateur Cochrane : Une salle de classe.

Mme Gerstein : ...dans une salle de classe, afin de développer en eux l'empathie et de les aider à exprimer leurs émotions. Elle a déjà travaillé aussi en étroite collaboration avec un psychiatre, et elle a réussi à convaincre des gens au Japon, en Australie, en Colombie-Britannique et ailleurs, mais ce qui m'intéresse particulièrement, c'est que nos propos sont essentiellement les mêmes. Elle n'est jamais venue au Centre Gerstein, et je la connais dans un contexte bien plus large, pour ses recherches sur la petite enfance et ses travaux avec le D^r Fraser Mustard. J'imagine que les gens qui pensent de cette façon ont tendance à se rejoindre. Ce n'est pas vraiment quelque chose qu'on vous enseigne, mais c'est ce qu'elle arrive à transmettre, car on commence à constater à quel point cela peut avoir un impact. Ce n'est pas très scientifique que d'étudier cette question et de dire que les gens ayant été

been exposed to certain things, but there is a sense that it does make a difference. Certainly, in our work with people, there is no other way to treat a human being.

The Chairman: Thank you for that and thank all of you for coming. Sorry we kept you longer but that is because your comments were really useful to us.

May I just remind my colleagues we always allow walk-ons at the end. We have a small number of walk-ons. They are allowed two minutes each. There are no questions from us, and I am going to ask the clerk to have the walk-ons come up.

Thank you all for coming, by the way. That is terrific. Just come and sit down. Ignore the name tag in front of you. You will not be the same as the name tag but you can be whoever you want this afternoon. I will simply begin on my right and ask you to do a couple of things. First, push the button on your microphone, and then identify yourself and give us your couple of minutes of wisdom. Then, we will move along the list. Go ahead.

Thank you very much for doing this. I know a lot of people find this difficult but from our point of view, getting first-hand experience, as you can tell from this afternoon, is really helpful to us, so we thank you for taking the time.

Mr. Neil McQuaid, as an individual: Thank you very much, members of the Senate Committee. I have a BA from Western in '66, and an MBA from Windsor. After graduation I worked for the Department of Public Works in Ottawa and Vancouver. I sold real estate, was a mortgage appraiser at King and Bay, and a mortgage analyst for Industrial Sentence Corporation back in 1974 and 1975.

I started getting sick in 1976. I was out of the work force in 1981. Prior to that, I had done a job as a security guard for three and a half years. In 1981 I did three years of volunteer work for Canadian Institute of Religion and Gerontology, the Children's Aid Society, and the John Howard Society. This would be between 1981 and 1985. I worked a year at each of these agencies, and I was in psychiatric boarding homes between 1981 and 1991. I have lived at St. Jude's since April of 1991.

I have been working five years at A-Way Express Courier, the first job I could get in 10 years. I have been in a psychiatric clinic eight times. I have been in eight to 12 AA groups, and I have seen six or seven speech therapists. I have been awarded a 10-years Volunteer Service award from the provincial government in 2004 for my work at St. Jude's. I have been nominated for the CAMH Courage to Come Back Award four of the last five

exposés à certaines choses en subissent tant les conséquences pendant un certain temps, mais on ne peut s'empêcher de se dire que ça doit effectivement faire une différence. Lorsque nous oeuvrons auprès des gens, nous devons sans aucun doute agir ainsi car c'est la seule manière de traiter un être humain.

Le président : Merci de votre contribution, et merci à tous d'être venus. Je m'excuse si vous avez dû rester plus longtemps que prévu, mais c'est parce que vos commentaires nous ont réellement été utiles.

Puis-je me permettre de rappeler à mes collègues que nous tenons toujours une tribune ouverte à la fin. Nous avons un petit nombre de participants à la tribune. Ils ont droit à deux minutes chacun. Nous n'avons aucune question pour notre part, et je vais donc demander à la greffière de faire venir les participants.

Merci à tous d'être venus, en passant. C'est formidable. Allez, venez vous asseoir. Ne faites pas attention au nom inscrit en face de vous. Ce n'est pas votre nom qui est inscrit là, mais c'est à vous de nous dire qui vous êtes, cet après-midi. Je vais commencer tout simplement par la personne à ma droite, et je vous demanderais de respecter quelques formalités. Premièrement, appuyez sur le bouton du microphone et dites votre nom, puis prenez quelques minutes pour nous faire part de votre expérience. Chacun de vous aura la parole, à tour de rôle. Allez-y.

Merci beaucoup de votre participation. Je sais que beaucoup de gens trouvent cela difficile, mais, pour nous, le fait de connaître l'expérience personnelle des gens, comme vous avez pu le voir cet après-midi, nous est vraiment utile; nous tenons donc à vous remercier d'avoir pris le temps de venir ici.

M. Neil McQuaid, à titre personnel : Merci beaucoup, membres du Comité sénatorial. J'ai obtenu un baccalauréat de l'Université Western Ontario en 1966 et une maîtrise en administration des affaires de l'Université de Windsor. Après mes études, j'ai travaillé pour le ministère des Travaux publics à Ottawa et à Vancouver. J'ai travaillé comme agent immobilier, et comme évaluateur hypothécaire pour King and Bay et analyste hypothécaire pour l'Industrial Sentence Corporation en 1974 et 1975.

Je suis tombé malade en 1976. J'ai arrêté de travailler en 1981. Auparavant, j'ai travaillé comme garde de sécurité pendant trois ans et demi. À compter de 1981, j'ai fait trois ans de bénévolat pour le Canadian Institute of Religion and Gerontology, la Children's Aid Society, et la John Howard Society. C'était de 1981 à 1985. J'ai travaillé un an pour chacun de ces organismes, et j'ai été dans des foyers d'accueil pour patients psychiatriques de 1981 à 1991. Je demeure à St. Jude depuis avril 1991.

Je travaille depuis cinq ans pour le service de messagerie A-Way Express, premier emploi que j'avais pu obtenir en 10 ans. J'ai consulté huit fois une clinique psychiatrique. J'ai participé aux réunions de 8 à 12 groupes des AA, et j'ai vu six ou sept orthophonistes. En 2004, le gouvernement provincial m'a décerné un prix Distinction pour services bénévoles rendus pendant 10 ans à St. Jude. J'ai été mis en nomination quatre fois dans les cinq

years. In December of 2002, I was awarded the Queen's Golden Jubilee Award for my work in community and mental health.

It cost \$26 a day to live in supportive housing. It is \$55 if you count the mortgage interest. It would cost about \$800 a night to be in a psychiatric clinic. That is a saving to the taxpayer of \$272,000 per person. I have been lucky. I have needed psychiatrists. I do not know where I would be without a psychiatrist.

I live at St. Jude Community Homes. My opinion of the people there is very high. A lot of consumer survivors I found have the equivalent of a Ph.D. in psychiatry. In the competitive job market, the unemployment rate for consumer survivors is 85 per cent.

I am currently at Progress Place. This is my fourth time there since July of 1994. I tried to be at Progress Place before that, but this time I lasted from July of 1994. I have been on the board of directors of four mental health agencies: St. Jude Community Homes, Progress Place, Toronto East Counselling and Support Services and A-Way Express Courier.

The new St. Jude's is finally coming up. It took five years of planning. There are going to be 29 units and it is near Dundas and Parliament. As I said, it took four to five years to plan.

Marie Currie, the physicist, says that there is nothing in life to be feared, only understood.

Back in 1979, a psychiatrist, Dr. Ray O'Toole, told my parents, "Neil can make a comeback in society if he wants to."

I was at the Ontario Municipal Board hearing in August of 2003. I have found psychiatric clinics to be a very difficult environment. I have had a case worker since 1990 and she has really helped me. So, that is it.

Mr. Allan Strong, as an individual: Good afternoon. I am from the Kitchener/Waterloo/Guelph area. My first exposure to the mental health system occurred when I was 11 years and my mother was hospitalized. She thought she heard angels, and saw angels flying around City Hall. From that point, as an adolescent and a young adult I lived and actually tried to tiptoe around her experiences and her hospitalizations.

I will flesh out what I will have to say in a further submission. I was not prepared to present but I want to start by telling a very quick story that happened last fall. Are most of you aware of the furniture store Ikea? Okay. Ikea was running an ad for a sale and the ad went something like this, very quickly: A woman's voice came over the radio and said, "We are selling this piece of furniture for this amount of money." The little annoying Swedish voice that they have came on and said, "This is madness." Then

dernières années pour le Prix courage de revenir à la vie du CTSM. En décembre 2002, j'ai reçu la Médaille du Jubilé de la Reine pour mon travail dans les secteurs de la santé communautaire et de la santé mentale.

Ça coûte 26 \$ par jour pour habiter dans des logements supervisés. Cela monte à 55 \$, si on compte les intérêts hypothécaires. Dans une clinique psychiatrique, ça coûterait environ 800 \$ par nuit. Cela représente des économies pour le contribuable de 272 000 \$ par personne. J'ai été chanceux. J'ai eu besoin de psychiatres. Je ne sais pas où je serais maintenant sans eux.

Je demeure aux St. Jude Community Homes. J'ai beaucoup d'estime pour les gens qui sont là-bas. Bon nombre de consommateurs survivants possèdent, d'après ce que j'ai pu constater, l'équivalent d'un Ph.D. en psychiatrie. Dans notre marché du travail si concurrentiel, le taux de chômage des consommateurs survivants est de 85 p. 100.

Je suis actuellement à Progress Place. C'est la quatrième fois depuis juillet 1994. J'ai essayé d'y aller avant, mais cette fois j'y suis depuis juillet 1994. J'ai été membre du conseil d'administration de quatre organismes de santé mentale : St. Jude Community Homes, Progress Place, Toronto East Counselling and Support Services et A-Way Express Courier.

Les nouvelles St. Jude Community Homes doivent bientôt ouvrir leurs portes. Cela aura pris cinq ans de planification. Il doit y avoir 29 unités, et elles seront situées près de Dundas et Parliament. Comme je viens de le dire, on a pris de quatre à cinq ans pour planifier le tout.

D'après la physicienne Marie Currie, il y a dans la vie non pas des choses à craindre, mais seulement des choses à comprendre.

En 1979, un psychiatre, Dr Ray O'Toole, a dit ceci à mes parents : « Neil est prêt à retourner dans la société, s'il le souhaite. »

J'ai participé à l'audience que la Commission des affaires municipales de l'Ontario a tenue en août 2003. J'ai trouvé que le milieu des cliniques psychiatriques est très difficile. J'ai une travailleuse sociale qui me suit depuis 1990, et elle m'a beaucoup aidé. Alors, c'est tout.

M. Allan Strong, à titre personnel : Bonjour. Je suis de la région Kitchener/Waterloo/Guelph. J'ai fait ma première expérience du système de santé mentale à 11 ans, au moment où ma mère a été hospitalisée. Elle croyait que des anges lui parlaient et en a vu qui volaient autour de l'hôtel de ville. À compter de ce moment-là, j'ai vécu mon adolescence et mes premières années d'adulte à prendre des précautions face à ma mère en raison de ses expériences et hospitalisations.

Je compte préciser ce que j'ai à dire dans un mémoire. Je n'avais pas prévu de témoigner, mais j'aimerais commencer en vous relatant très rapidement un incident qui s'est passé l'automne dernier. Est-ce que la plupart d'entre vous connaissent le magasin de mobilier IKEA? D'accord. IKEA présentait une annonce publicitaire, que je résumerais rapidement comme suit : à la radio, on pouvait entendre une voix de femme qui disait : « nous vendons ce meuble pour tant. » La petite voix

the woman went on to say they are selling another piece of furniture and the little Swedish guy said, "This is cockamamie." Then the woman was closing out saying, "We are selling this piece of furniture for this price," and the little Swedish guy said, "These people need a rubber room."

I was outraged. I phoned Ikea and asked them why did you do this? "Well, we did not mean to hurt anybody." I said, would such a situation portraying people with mental health issues, would you do that to any other group in our society? Would you do it to lesbians or gays? Would you do it to people of colour, et cetera? So, why is it permissible in our culture and our society for people with mental health issues to be mocked, and to have prejudice and bigotry towards them?

I would like to read one final thing before I am finished. When the previous provincial government announced its amendments to the Mental Health Act, commonly known as Bill 68, the press release announcing the amendments read something like this: This reform will allow people to get the treatment they need and it will keep our communities safe. This is the Government of Ontario expressing what I believe is a bigoted view perpetuating the myth of the violent patient.

In closing, I would challenge us, we really have to be creative. First of all, I would say the philosopher Goethe said that nothing is more frightening than ignorance in action. Really, we cannot solve today's problems with the same thinking that created them, according to Albert Einstein. I encourage you in your deliberations and in your seeking information and consultations to think outside of the box. Let us try to look at different ways of doing things and let us involve the people that live with these issues 24-7; consumers and their families. Thank you for your time.

The Chairman: Allan, thank you for that. We do look forward to your submission. Afterwards, if you could just give me the dates of that press release, I would love to get a copy of it.

Mr. Strong: Okay. I think I actually have a copy.

Ms. Adrienne Magennis, as an individual: Unfortunately, I cannot tell you any funny stories tonight. I am going to tell you why I am here. Today has been a fast-forward of the last 25 years of my life so everything that happened in this room today — at certain points I had to leave. I have buried six anorexics who were my best friends. I am supposed to be dead. I am 43. I was supposed to be dead when I was 30 so I am trying to figure out if I am allowed to go through a mid-life crisis.

On the serious side, I am alive, and waking up has been a horrific experience. I have come a long way. I just want to thank the people that supported me and I want to close with a final statement.

suédoise qui tape sur les nerfs rétorquait : « c'est de la folie. » La femme poursuivait en parlant d'un autre meuble en vente, et le petit bonhomme suédois répliquait : « ils sont fous à lier. » Puis, la femme terminait en disant : « nous vendons ce mobilier pour tant », et le petit bonhomme suédois de rétorquer : « ces gens sont prêts pour la camisole de force. »

J'étais outré. J'ai téléphoné à IKEA pour savoir ce qui leur a pris de faire une chose pareille. On m'a répondu : « eh bien, nous n'avions pas l'intention de blesser qui que ce soit. » J'ai rétorqué : « est-ce que vous représenteriez d'autres groupes de la société de la même façon que vous le faites pour des personnes souffrant de troubles mentaux? Feriez-vous la même chose à des lesbiennes ou à des homosexuels? Le feriez-vous à des gens de couleur ou à d'autres groupes ethniques? Alors, pourquoi notre culture et notre société admettent-elles que l'on se moque ainsi des gens qui souffrent de troubles mentaux, et qu'on fasse preuve de préjugés et de bigoterie à leur endroit? »

J'aimerais vous lire une dernière chose avant de conclure. Lorsque le gouvernement provincial précédent a annoncé ses modifications de la Loi sur la santé mentale, communément connue sous le nom de projet de loi 68, le communiqué de presse se lisait à peu près comme suit : cette réforme permettra aux gens d'obtenir les traitements dont ils ont besoin et de garantir la sécurité de nos collectivités. C'est le gouvernement de l'Ontario qui s'exprime ici d'une manière, à mon avis, bigote qui perpétue le mythe du patient violent.

En conclusion, je dirais que nous devons relever le défi en faisant preuve de créativité. Avant toute chose, rappelons-nous que le philosophe Goethe a dit que rien n'est plus effrayant que les réactions découlant de l'ignorance. C'est un fait, nous ne pouvons résoudre les problèmes d'aujourd'hui en suivant le même raisonnement qui nous a mené jusque là, comme l'a dit Albert Einstein. Je vous encourage à sortir des sentiers battus au cours de vos délibérations, recherches et consultations. N'ayons pas peur d'envisager d'autres façons de faire, et laissons une place aux gens qui sont confrontés à ces questions 24 heures sur 24, sept jour sur sept : les consommateurs et leur famille. Merci de votre temps.

Le président : Allan, merci de votre témoignage. Nous avons hâte de recevoir votre mémoire. Après, pourriez-vous me donner la date de ce communiqué de presse, car j'aimerais en obtenir une copie?

M. Strong : D'accord. Je crois même que j'en ai une copie.

Mme Adrienne Magennis, à titre personnel : Malheureusement, je n'ai pas d'histoire drôle à vous raconter ce soir. Je vais vous expliquer ce qui m'a amenée ici. Aujourd'hui, c'était comme si je revoyais en accéléré les 25 dernières années de ma vie — alors, en raison de ce que j'ai entendu aujourd'hui dans cette salle, j'ai dû parfois sortir. J'ai perdu six grands amis qui étaient anorexiques. Je devrais être morte. J'ai 43 ans. J'aurais dû mourir à 30 ans, de sorte que je me demande si je suis destinée ou non à passer par une crise de l'âge mûr.

Trêve de plaisanterie, je suis vivante, et le réveil a été une expérience horrible. Je reviens de loin. Je tiens à remercier les gens qui m'ont appuyée, et j'aimerais conclure par une déclaration finale.

I want to thank CAMH. I want to thank Betty Miller. I want to thank the Empowerment Council. I want to thank the staff there because they have made changes I can tell you but I only have two minutes. I want to thank an organization called Sistering, which, when the hospital could not deal with me, provided me with dignity and a second chance, and they provided me with what we have been talking about today, choice.

I now sit on two boards of directors. I volunteer about 70 hours a week and I am not kidding, because I am on Canada Pension Plan, CPP, and I cannot earn any money, and I do not because I am honest.

What I am asking today is that when I do public speaking, I am shocked by the questions I am getting. I get exactly two extremes. When I am doing Not in My Backyard, a very popular project at City Hall, I can tell you, and I really pray that you look into this because it is affecting the lives of mentally ill people, we have politicians that are doing everything in their power to stop us from building homes. I have been called a prostitute when I stand up. I have been told that I am going to urinate in their backyard. I have been thrown tomatoes at.

After Christmas, I was asked to give another speaking engagement. This time the scenario was a little bit different. It was the Rotary Club at the National Centre of Toronto, beside the Toronto Stock Exchange. It was incredible. There were some of the richest people in Toronto there. People have warned me, do not tell anyone your full name; do not ever talk about money; do not ever say anything about who you are or what your illness is; and do not ever mention the word, "mental illness."

I get to the National Club with all my equipment and they put up my name, Adrienne Magennis. Okay. We blew that one. Then I tell my story. Afterwards, I am waiting for these questions about, how do we solve poverty and how do we do this? Do you know what people wanted to talk about in the privacy of this club? One man said to me, "I have a son who is 24 and he is very depressed. Could you please tell me if I take him to a psychiatrist and get him admitted to a psychiatric hospital — I have a good job — will he have stigma all his life?"

I ask you, after everything you have heard today, how would you ask me to respond? You know what: this is not just in our backyard. This is in our front yard and in our homes and, you know what, yeah, we are doing positive things. I said I think Mrs. Gerstein hit it right on the nose when she said we must be all here because we are all on the same run.

I can tell you when I came into this room today I felt lost. I cannot do it without mentors and helpers. When it came to lunchtime you know who my mentors were, the women who were the senators here asked me to come and eat lunch with them. That

Je tiens à remercier le CTSM. Je tiens à remercier Betty Miller. Je tiens à remercier l'Empowerment Council. Je tiens à en remercier les employés, car ils ont fait une différence, ça je peux vous le dire, mais je n'ai que deux minutes. Je tiens à remercier une organisation appelée Sistering : lorsque l'hôpital ne pouvait m'aider, elle m'a rendu ma dignité et m'a donné une seconde chance, et aussi ce dont on a parlé aujourd'hui : le choix.

Je suis maintenant membre de deux conseils d'administration. Je fais du bénévolat environ 70 heures par semaine, et je suis tout à fait sérieuse : comme je reçois des rentes du Régime de pensions du Canada, le RPC, je n'ai pas le droit d'avoir un travail rémunérateur, condition que je respecte parce que je suis honnête.

Ce que je demande aujourd'hui, c'est la raison de ceci : lorsque je prends la parole publiquement, je suis toujours sidérée par les questions qu'on me pose. Je suis prise entre deux extrêmes. C'est ce qui se passe lorsque je travaille au projet Pas dans ma cour, lequel a beaucoup de succès à l'hôtel de ville, ça je peux vous l'assurer, et j'espère de tout cœur que vous allez vous pencher là-dessus, car cela touche la vie des personnes souffrant de troubles mentaux — sans compter que nous devons faire face à des politiciens qui font tout en leur pouvoir pour nous empêcher de construire des foyers. On m'a traitée de prostituée lorsque je fais valoir nos droits. Des gens m'ont dit que j'allais uriner dans leur cour. On m'a lancé des tomates.

Après Noël, on m'a demandé de présenter une autre conférence. Cette fois, la situation était quelque peu différente. C'était pour le Club Rotary au Centre national de Toronto, près de la Bourse de Toronto. C'était incroyable. Certaines des personnes les plus riches de Toronto étaient là. Les gens m'ont avertie de ne pas donner mon nom au complet, de ne pas parler d'argent, de ne jamais dire qui je suis ni de faire état de ma maladie, et de ne mentionner en aucun cas l'expression « maladie mentale ».

J'arrive au National Club munie de tout mon matériel, puis mon nom est lancé, Adrienne Magennis. Bon, le chat est sorti du sac. Alors, je raconte mon histoire. Après, j'attends toutes ces questions relativement à ce qu'il faut faire pour combattre la pauvreté. Devinez ce que les gens voulaient savoir dans l'intimité de ce club? Un homme m'a dit : « J'ai un fils de 24 ans qui est très déprimé. Pourriez-vous me dire quelque chose : si je l'amène chez un psychiatre et que je le fais admettre à un hôpital psychiatrique — j'ai un bon travail —, devra-t-il faire face à la stigmatisation toute sa vie? »

Je vous le demande, après tout ce que vous avez entendu aujourd'hui, comment voudriez-vous que je réponde? Vous savez, ce n'est pas juste dans notre cour. C'est sur notre perron et à l'intérieur de chez nous, et je vous dirais que, eh bien, nous faisons des choses positives. Je crois avoir dit que Mme Gerstein avait touché en plein dans le mille lorsqu'elle avait déclaré que nous devons tous être là, car nous sommes tous dans le même bateau.

Je vous l'assure, lorsque je suis arrivée dans cette salle aujourd'hui, je me suis sentie perdue. Je ne peux le faire sans l'aide de mentors et d'aidants — vous savez qui sont mes mentors. À midi, les sénateurs m'ont demandé si je voulais prendre mon

is the positive of sharing and I thank you. I only got your report at two o'clock yesterday but I congratulate you and if you can just bear with me really quickly.

Thirty-two per cent of individuals with mental illness and addiction seek help. I think I have just answered that question with my experience and Not In My Backyard and the other place and Mr. Kirby and everyone hiring people with mental illness and providing educational and training, and putting them in the public eye. I have to tell people who my name is and, yes, I had a problem and I am trying very hard to get better. We have to cut the stigma, we have to. We have to deal with it and, you know what, we have to have people go out but we need to go together. You cannot send us. You cannot send them. We have got to go together. That is it.

Finally, under the United Kingdom you said that you establish an ambassador bureau comprised of 40 individuals with mental illness and addictions trained to speak to the media and employers. Go for it. Do it. It is great.

Finally, for all the parents for the last 22 years and all the clients that have been through the medication, I thank Betty Miller for her initiative. She brought my mother on October 18 to a forum. She sat her down and she said, "I am sorry that when Adrienne went into the hospital, she was 18. We told you it was your fault." Our parents need to hear that. Our families need to hear that, not just our community.

I am here because what you decide, what you do, impacts on my life and the life of all of us so please take it seriously. Thank you.

The Chairman: Thank you, Adrienne, for that very moving statement.

Mr. Richard Casey, as an individual: I am a parent of a daughter who passed away in September of 2001. I have to apologize in the sense that I have been following the work of the committee at a bit of a distance, trying to get a sense of the magnitude I think of the task that lies ahead of you.

When our daughter got ill, she was diagnosed with a bipolar schizo-affective disorder. Living in a rural part of Ontario, it was almost next to impossible to find resources to support her. I think what made it doubly difficult is the background that I have as a clinical social worker who has worked in income maintenance, corrections, and a number of the issues that have surfaced since I was able to get here just after the lunch hour. I have come to realize first-hand through our daughter's illness and certainly through her death that the stigma is profound. In kind of a metaphor, in a sense we have a blanket or a patchwork quilt for a twin bed but the country is the size of the king-size-plus, and it is stretched to the limit.

lunch avec eux. L'échange a été positif, et je vous remercie. J'ai reçu votre rapport seulement à 14 h hier, mais je vous félicite, et j'aimerais vous demander de m'accorder encore quelques instants.

Trente-deux pour cent des personnes souffrant de troubles mentaux et de toxicomanie demandent de l'aide. Je crois que je viens de répondre à cette question en décrivant mon expérience, le projet Pas dans ma cour et l'autre endroit, M. Kirby, les gens qui embauchent des personnes souffrant de troubles mentaux et leur offrent une éducation et une formation, et l'importance de se manifester publiquement. Je dois dire mon nom aux gens et leur préciser que j'ai effectivement des problèmes, mais que je m'efforce ardemment de les résoudre. Nous devons combattre la stigmatisation, c'est crucial. Nous devons y faire face et je dirais même que nous devons faire en sorte que les gens se manifestent, mais il faut le faire de concert. Vous ne pouvez nous envoyer. Vous ne pouvez les envoyer. Nous devons y aller ensemble. Un point c'est tout.

Enfin, vous avez déclaré que, au Royaume-Uni, vous avez établi un bureau d'ambassade doté de 40 personnes souffrant de troubles mentaux et de toxicomanie qui ont reçu une formation adéquate pour parler aux médias et aux employeurs. Allez-y. Faites-le. C'est formidable.

Enfin, au nom de tous les parents des 22 dernières années et tous les clients qui ont été sous médication, je remercie Betty Miller de son initiative. Elle a amené ma mère à une tribune le 18 octobre. Elle s'est assise avec elle et lui a dit : « Je suis désolée qu'Adrienne soit entrée à l'hôpital lorsqu'elle avait 18 ans. Nous vous avons dit que c'était votre faute. » Nos parents doivent entendre cela. Nos familles doivent entendre cela, et non pas seulement notre collectivité.

Je suis ici parce que ce que vous déciderez et ferez aura un impact sur ma vie et celle de nous tous; alors, s'il vous plaît, prenez bien toute la question à cœur. Merci.

Le président : Merci, Adrienne, de ce témoignage très touchant.

M. Richard Casey, à titre personnel : Je suis père d'une fille qui est décédée en septembre 2001. Je tiens à m'excuser, car j'ai suivi les travaux du Comité plutôt à distance, tout en essayant de déterminer l'ampleur, je crois bien, de la tâche qui vous attend.

Lorsque notre fille est tombée malade, on a diagnostiqué des troubles schizo-affectifs bipolaires. Comme nous vivons dans une région rurale de l'Ontario, c'était presque impossible de trouver des ressources de soutien pour elle. Je crois que ce qui a rendu le tout encore plus difficile, c'est mon expérience de travailleur social clinique dans les domaines du maintien du revenu, des services correctionnels et d'un certain nombre d'enjeux qui ont fait surface ici même juste après l'heure du lunch. La maladie de ma fille et sans aucun doute aussi sa mort m'ont montré à quel point la stigmatisation est profonde. Si vous me permettez de tomber dans la métaphore, c'est comme si nous avions une couverture ou une courtépointe pour un lit simple, mais que le pays est de la taille d'un très grand lit, et que la couverture est étirée au maximum.

This is reinforced in a very personal journey that started in May of 2003 where I biked across Canada from Victoria, British Columbia to Cape Spear, Newfoundland. I have had a chance to see from a vantage point, that perhaps few in this room would have, the nature and impact of what mental health delivery is having on the average Canadian from coast to coast. There are “have” communities but there are certainly a lot of “have not” communities. Whether you are in the Prairies, in Winnipeg, or down east in some of the isolated fishing villages I was able to visit in Newfoundland, the reality is we have a serious problem.

My hat is off to the committee. I think it is long overdue. I hope it does not become another sort of testament to our paper-writing ability, and sit on a bureau somewhere. That was my frustration with the provincial government in the sense that we have gone through 12 such reviews since the early 1980s, and we are still waiting for Michael Wilson’s report to get some level of implementation. Does that mean that there has not been input in terms of some funding back into the system? There has but it has been minimal in comparison to what was taken out over the last 15 years.

I think issues that consumers have raised over the course of the hearing resonate with me in a different way because of my personal experience with the loss of our daughter but also in terms of my professional responsibility and accountability.

When I heard that the committee was actually having walk-ons, I thought what better opportunity to go to my employer and say I will not be in this afternoon, I am going to Toronto. To their credit, who I think is one of the colleges in Ontario, respect what I think we have tried to establish as a family in terms of raising people’s awareness. I guess from a very personal perspective, if I can do that on a bike, certainly there is enough will in the country collectively to do it in policy, but it has to happen sooner than later and it cannot continue to be this patchwork. There has to be some network, some system of support that will link us coast to coast.

When we first looked for services, it was actually through East Metro Youth Services in Toronto that we were able to get our daughter into Whitby. The tragedy with that whole experience was we lived 40 minutes outside of London, and the hospital there had the adolescent unit we were looking for, but because we fell out of the catchment area, political boundaries interfered, and we had to move quickly through colleagues to get Kyla transferred to Whitby. That took six months. What we know with early intervention in terms of early-onset psychosis, her best chance for getting some stability was in the first two to six weeks, not six months after the fact, and not being sedated to the point that she did not know where she was being transported to.

J’ai pu confirmer ma conception au cours d’un très beau voyage personnel qui a commencé en mai 2003, quand j’ai traversé le Canada en bicyclette, de Victoria (Colombie-Britannique) à Cape Spear (Terre-Neuve). J’ai eu la chance de voir de près — ce que peu de personnes dans cette salle auraient pu voir —, la nature et l’impact que la prestation des services de santé mentale a sur le Canadien moyen d’un bout à l’autre du pays. Il y a des collectivités nanties, mais il y en a sans aucun doute beaucoup qui sont démunies. Que vous habitiez dans les Prairies, à Winnipeg ou dans l’est dans quelques villages de pêcheurs isolés — j’ai d’ailleurs pu visiter Terre-Neuve —, la réalité est que nous avons un problème grave.

Je salue les efforts du Comité. Il était, à mon avis, grand temps. J’espère que cela ne donnera pas lieu à un autre beau document somme toute inerte, qui ira ramasser la poussière sur un bureau quelconque. Voilà ce que je reproche d’ailleurs au gouvernement provincial, qui a mené 12 enquêtes du genre depuis le début des années 80, tandis que nous attendons toujours qu’ils prennent certaines mesures d’application du rapport de Michael Wilson. Est-ce que cela signifie qu’on n’a nullement cherché à réinjecter des fonds dans le système? On en a quand même injecté, mais très peu par rapport à tout ce qu’on a retiré depuis les 15 dernières années.

Je crois que les questions que les consommateurs ont soulevées pendant l’audience me touchent de façon particulière en raison de mon expérience personnelle liée non seulement à la perte de notre fille, mais aussi à mes responsabilités et devoirs professionnels.

Lorsque j’ai appris que le comité allait vraiment tenir une tribune ouverte, je me suis dit que c’était vraiment une bonne excuse pour dire à mon employeur que je ne pourrais pas travailler l’après-midi, car je devais aller à Toronto. À sa décharge, je dois dire qu’il respecte, en tant que collègue ontarien, ce que nous avons essayé d’établir dans notre famille afin de sensibiliser les gens. D’un point de vue tout à fait personnel, je me dis que si j’arrive à faire cela en bicyclette, le pays est sans nul doute capable de formuler collectivement une politique, mais il faudrait le faire au plus vite : on ne peut plus faire avec la mosaïque actuelle. Il faut établir un réseau ou un système de soutien qui nous reliera d’un bout à l’autre du pays.

Lorsque nous avons cherché à obtenir des services, nous avons réussi à faire entrer notre fille à Whitby par l’entremise des East Metro Youth Services à Toronto. Ce qui est tragique, c’est que nous habitons à 40 minutes de London, et que l’hôpital là-bas avait le genre d’unité pour adolescents que nous voulions, mais comme nous étions en dehors de l’aire de recrutement, nous faisons face à des barrières politiques qui nous ont obligés à passer rapidement par divers collègues afin de faire transférer Kyla à Whitby. Ça a pris six mois. Nous savions qu’il fallait intervenir rapidement dans le cas d’une psychose précoce, de sorte que c’était non pas six mois après le début des symptômes, mais dans les deux à six premières semaines qu’il fallait agir pour que l’état de notre fille puisse peut-être se stabiliser, et il n’aurait certainement pas fallu attendre qu’elle soit sous médication si forte qu’elle ne savait même pas où on la transportait.

We were fortunate enough to get her transferred back to our catchment area where she stayed at London Psychiatric Hospital, which is now part of the St. Joseph's Health Care London, for a little over two and a half years. Put in the context of a 16-year-old in an institutional setting for two and a half years, when she was finally discharged — excuse me — it was coming back into an area that was so resource poor that she ended up dying in the very place that she loathed.

So, please take your work serious. Listen to the members who are presenting and that is all I think I can ask for at this point. Thank you for listening.

Mr. Graham Cushing, as an individual: I work at A-Way Express Courier, and as you have heard a few times this afternoon, it is a survivor-run business here in Toronto.

I am not going to say too much but I just want to say something about accommodation and that one of the big issues is accommodation in the workplace. Regular places of work always fear that if they hire somebody that has a mental health issue, that they are going to be late for work, they are going to miss days for mental health reasons, they will be slow, and other issues.

I have been working at A-Way Express now for close to 17 and a half years. I am the administrative assistant there and have a full-time job. I have been doing this job now for about seven years full-time. Because of the nature of the people that work at A-Way, I have to admit we have a slight incidence of mental health issues and people needing to accommodate; we need to accommodate. We have more reasons to accommodate people. I just want to say that if we can do it, then why can a regular place of work not do it? What I really like to say is that, and that is talking from experience, not fooling around. It is 17 years from working there. I just hope that in your report you can communicate this on a national level. Places like A-Way Express are great and survivor businesses are great but we also want to move into the greater community so that people can get jobs in regular places of work. I think we need to communicate what accommodation really means because the problem is not logistics of accommodation. The real reason that people may not want to hire is stigma and discrimination. So, thank you.

Mr. Richard Smith, as an individual: I have no complaints. I have a very happy life. I was hospitalized seven times but I wanted to go in. The first, I did not want to go in. I did not like it in there because they put you on pills and they made me sleep all the time. After that, I went in again and I have been in there seven times; I think it was three times in Whitby and four times in Queen Street. I was in there two years ago in Queen Street in the hospital but I do a lot of things. I have a great therapist. She really helps me. I have a family doctor who takes care of my physical problems. I have been working for A-Way for 17 years. I am a founding member. I was involved with Ron Valentine about

Nous avons quand même réussi à la faire transférer dans notre aire de recrutement, au London Psychiatric Hospital, qui fait maintenant partie de St. Joseph's Health Care London, où elle est restée un peu plus de deux ans et demi. Lorsqu'elle a finalement reçu son congé — excusez-moi —, cette adolescente de 16 ans habituée à un milieu institutionnel depuis deux ans et demi a dû revenir dans une région sans aucune ressource, pour mourir à l'endroit même qu'elle détestait.

Alors, je vous conjure de prendre votre travail au sérieux. Écoutez bien les témoignages des gens : c'est tout ce que je vous demande pour l'instant. Merci de m'avoir écouté.

M. Graham Cushing, à titre personnel : Je travaille pour le service de messagerie A-Way Express, et comme vous l'avez entendu à plusieurs reprises cet après-midi, c'est une entreprise de survivants établie ici à Toronto.

Je ne serai pas très long, mais j'aimerais dire quelques mots au sujet l'adaptation, notamment l'adaptation en milieu de travail, grand sujet de controverse. Les employeurs craignent généralement que s'ils embauchent une personne souffrant de troubles mentaux, celle-ci sera toujours en retard, devra s'absenter pour des raisons de santé mentale, sera lente et posera problème à divers autres égards.

Je travaille pour A-Way Express depuis près de 17 ans et demi. J'occupe un poste à temps plein d'adjoint administratif. J'assume ces fonctions à temps plein depuis septembre. En raison de la nature des gens qui travaillent chez A-Way, je dois admettre qu'il faut composer avec quelques problèmes touchant la santé mentale des gens et le fait que ceux-ci doivent bénéficier de mesures d'adaptation : ces mesures sont essentielles. Il y a encore d'autres raisons pour lesquelles des mesures d'adaptation s'imposent. Je veux simplement dire que si nous pouvons le faire, je ne vois pas pourquoi d'autres employeurs ne pourraient pas y arriver aussi. Ce que je cherche à dire, c'est que je parle non pas au travers de mon chapeau, mais par expérience. Ça fait 17 ans que je travaille là. J'espère seulement que, dans votre rapport, vous pourrez communiquer cette information à l'échelle nationale. Des endroits comme A-Way Express et les entreprises de survivants sont formidables, mais nous voulons aussi faire partie intégrante de la main-d'œuvre active et obtenir des emplois dans des milieux de travail ordinaires. Je crois que nous devons expliquer en quoi consistent exactement les mesures d'adaptation, car cela ne pose aucun problème sur le plan logistique. En fait, c'est par stigmatisation et discrimination que les gens ne veulent pas nous embaucher. Voilà. Merci.

M. Richard Smith, à titre personnel : Je n'ai aucune plainte à formuler. Je suis très heureux. J'ai été hospitalisé sept fois, mais c'est ce que je voulais. La première fois, je ne voulais pas. Je n'aimais pas le fait d'être obligé de prendre des pilules et de dormir constamment. Puis, j'y suis retourné : ça fait sept fois que j'y vais, soit, je crois, trois fois à Whitby et quatre fois sur Queen Street. J'ai été à l'hôpital de Queen Street il y a deux ans, mais je fais beaucoup d'autres choses. J'ai une très bonne thérapeute. Elle m'aide beaucoup. J'ai un médecin de famille qui traite mes problèmes physiques. Je travaille pour A-Way depuis 17 ans. Je suis l'un des membres fondateurs. J'ai participé avec Ron

ODSP. There was no ODSP in those days. It was Family Benefits. So far this year — last year I gave at least \$1,500 to charity, \$1,500. That is a lot of money. I bought two guitars too so I did all right. I play guitar and sing. That is not how I make my money though. I make my money from working at A-Way. I go to church. I give money to the church and I give money to Progress Place. I give money to World Vision, which is — you think we have problems. You can imagine what they have in those countries where World Vision goes. I gave \$500 to A and A which is Accident and Ability, which my mother and I founded. How long has that been going on for now anyway, Graham?

Mr. Cushing: Eight years.

Mr. Smith: Eight years. I am going to try to convince Pat Capponi to help me write a book on my life because I think it will be good.

Ms. Roslyn Durdy, As an individual: Before 1958, I had been a top secretary, number one, working for two vice-presidents and general managers of Southam Press. Then I transferred up to London. I got a job working as a secretary to the controller at the University of Western Ontario. My job was to sit in on, and take the minutes of, the board of governors meetings. If I was supposed to be so weird, how come I got that job?

Anyway, I never got into such a mess in my life. I was expected to pick up a job with no business procedure like I had been used to, and I worked up in those other jobs, working up. I did not step on other people. I got it through my own attrition.

Then I came back completely disillusioned with the so-called university treatment and I can go further but I shall not. The only one that made sense to me was the dean of women who saved my sense of my balance. I was expected to pick up a typewriter that nobody else would use and that typewriter was not just an ordinary electric typewriter. You do not even see them, or you never saw them after that. It was a printing machine. It was not like any ordinary typewriter. Well, I survived that after the dean of women came to me and suggested would I type a citation in Latin. I thought, well, this is more my forte and I did it and I was pleased with myself. She came in and she really was so pleased and I thought I went in and gave my notice, but I can go further, I shall not.

I came back to Toronto and I got a job working for the Department of Planning and Development, which at that time in that department the job I got was working for the planning of the City of Mississauga and Elliot Lake and every single official letter that went out, I worked for the deputy minister, three planners, the lawyer, and the consultant. Now, I did not really, I mean, I thought, well, I like my job. I was happy in it and I thought, well, I was knocking myself out but I did not realize it.

Valentine au POSPH. Ça n'existait pas encore en ce temps-là. C'était les Prestations familiales. Jusqu'ici, cette année — l'année dernière, j'ai donné au moins 1 500 \$ à des organismes de charité. Et 1 500 \$, c'est beaucoup d'argent. J'ai aussi acheté deux guitares, donc tout va bien. Je joue la guitare et je chante. Ce n'est toutefois pas mon gagne-pain. Je gagne mon argent en travaillant chez A-Way. Je vais à l'église. Je donne de l'argent à l'église et à Progress Place. Je donne aussi de l'argent à Vision mondiale, qui est — et vous croyez que nous avons des problèmes. Imaginez ce que les gens vivent dans les pays où Vision mondiale se rend. J'ai donné 500 \$ à A and A, Accident and Ability, organisme fondé par ma mère et moi. Depuis combien de temps maintenant, Graham?

M. Cushing : Huit ans.

M. Smith : Huit ans. Je compte demander à Pat Capponi de m'aider à rédiger ma biographie, car je crois que ce sera intéressant.

Mme Roslyn Durdy, à titre personnel : Avant 1958, j'étais une secrétaire hors pair, qui travaillait pour deux vice-présidents et des gestionnaires généraux de Southam Press. Lorsque j'ai déménagé à London, j'ai obtenu un emploi de secrétaire pour le contrôleur de l'Université Western Ontario. Je devais assister aux réunions du conseil d'administration afin d'en prendre le procès-verbal. Si je suis supposée être si bizarre que cela, comment ça se fait que j'ai obtenu ce poste?

Quoi qu'il en soit, je n'ai jamais été si mal prise de ma vie. On s'attendait à ce que j'apprenne un travail sans les procédures administratives auxquelles j'étais habituée, et j'ai gravi l'échelle graduellement. Je n'ai jamais marché sur personne. C'est à la sueur de mon front que j'y suis arrivée.

Puis, je me suis retrouvée complètement désillusionnée face au prétendu traitement de l'Université, et même si j'avais pu aller plus loin, je ne le voulais pas. La seule personne qui me paraissait sensée était la doyenne des femmes, laquelle m'a aidée à garder mon équilibre. Je devais utiliser une machine à écrire dont personne ne voulait se servir, car ce n'était pas une machine à écrire électrique ordinaire. On n'en voit nulle part, du moins on n'en a plus vu après cela. C'était une machine à imprimer. Ça n'avait rien à voir avec une machine à écrire ordinaire. En tout cas, je m'en suis sortie après que la doyenne des femmes est venue me voir pour me demander de taper une citation en latin. Je me suis dit que, eh bien, c'était plus conforme à ma compétence et j'ai accepté de le faire, puis j'étais très fière du résultat. Elle est revenue et s'est montrée très satisfaite de mon travail, puis je crois que j'ai donné ma démission, car je ne voulais pas continuer de monter même si j'avais pu le faire.

Je suis revenue à Toronto, où j'ai obtenu un emploi pour le ministère de la Planification et du Développement; mon travail était lié à l'urbanisme à la Ville de Mississauga et d'Elliot Lake et à l'envoi de toutes les lettres officielles qui portaient là-dessus; je travaillais pour le sous-ministre, trois urbanistes, l'avocat et l'expert-conseil. Donc, je ne voulais pas vraiment, je veux dire, je croyais, eh bien, j'aimais mon travail. J'aimais ce que je faisais et je croyais, eh bien, je me défonçais, mais je ne m'en rendais pas compte.

Finally, we had a new minister come in and that was fine. I was asked if I would take the position as secretary to him. After being so busy, I was bored out of my skull and, of course, I am one of those people, I am happier when I am working.

A couple of things happened and I quit. It was around that time family things were coming up, something even I could not cope with, and I got to the point one day it was not planned. I just came out of this hospital after visiting my brother's son and his wife when the baby was born. I came out of the hospital and turned right instead of left. I saw this embankment and I was driving my car. I decided to go over that bank and I got right to the edge of the bank. I put it in gear to move forward. It would not move at all. I thought that is funny and I backed up, it backed up. I went to put it forward again, it did not move. Well, it was working fine. I got here. I guess I sort of lost my interest. But, anyway, I backed up and I turned it around, went forward and it did move. I finally got home. Do you know what it was? I was out of oil, but I did not know that.

Anyway, that was about the time when I decided I better go to a psychiatrist. I went to a doctor because I was feeling so sick and I suggested, I said, "Do you think I should speak to a psychiatrist?" She said it would not be wrong because she said, "I know somebody that will help you." Well, I wept buckets when I finally got to him. I cried. There must have been a puddle under the chair. Anyway, I followed his advice. I lost my self-respect. I started to cheat. I started to lie and I thought that is not me at all. That is not me. Anyway, this is where sex comes into it and it did not fit in my pattern.

Anyway, I ended up eventually in Queen Street Mental Hospital and I guess I was sort of a weirdo. I refused to just be like everybody else, sit like a zombie — and this is the old building — sit like a zombie, excuse me, no telephones, no TV, no radio, nothing. Half of these people, some had been there 14 to 16 years and not even visitors because the family had given up on them. Anyway, I went through some things, unnecessary.

One day just because I started to cry, my parents were supposed to pick me up and take me for the weekend. They had for quite a number of weeks. I was all packed. I did not hear a word from anybody. I did not get a phone call and this was about after lunch, and after supper and about seven o'clock I started to cry. I was lying on my bed. Now, there was a nurse there that had been in charge of that ward all day. She was due to go home at five o'clock and she was still there at seven. I guess she must have been watching me but, anyway, when she found I was crying, she got ahold of the bottle of Paraldehyde and tried to shove it in my mouth. Of course, I spit it out and I did not realize — I closed my eyes. I did not realize she was leaning over me and I spit it out and

Enfin, nous avons eu un nouveau ministre, et tout allait bien. On m'a offert le poste de secrétaire du ministre. Après avoir été si occupée, je m'ennuyais beaucoup et, bien sûr, je fais partie de ces gens qui sont plus heureux lorsqu'ils travaillent.

Après une série d'incidents, j'ai démissionné. C'est à ce moment-là que j'ai eu des problèmes familiaux, dont certaines choses auxquelles je n'arrivais même pas à faire face, et je suis arrivée un jour à un point tel que je ne savais plus trop ce que je faisais. Je sortais de l'hôpital où j'étais allée voir le fils de mon frère et sa femme après la naissance de leur bébé. En sortant de l'hôpital, j'ai tourné à droite au lieu de tourner à gauche. Je conduisais, et j'ai vu qu'il y avait un terre-plein. J'ai alors décidé de passer par-dessus, et je suis arrivée juste au bord du terre-plein. J'ai voulu faire marche avant. Je ne bougeais pas du tout. J'ai trouvé ça bizarre, et j'ai donc reculé. J'ai fait de nouveau marche avant, mais je ne bougeais toujours pas. Eh bien, ça fonctionnait. Je suis arrivée ici. Je crois que j'ai perdu intérêt. En tout cas, j'ai reculé, j'ai tourné le volant et j'ai fait marche avant, ce qui a finalement donné des résultats. J'ai fini par arriver chez moi. Savez-vous ce que c'était? Je n'avais plus d'huile, mais je ne le savais pas.

En tout cas, c'est à ce moment-là que j'ai décidé de consulter un psychiatre. Je suis allée voir un médecin parce que je me sentais si mal, et je lui ai demandé : « Croyez-vous que je devrais parler à un psychiatre? » Elle semblait d'accord puisqu'elle m'a répondu : « Je connais quelqu'un qui pourra vous aider. » Eh bien, lorsque j'ai finalement atterri dans son cabinet, j'ai pleuré comme une vraie madeleine. Je n'arrêtais pas de pleurer. Il devait y avoir une flaque d'eau sous la chaise lorsque je suis partie. En tout cas, j'ai suivi son conseil. J'ai perdu tout amour-propre. J'ai commencé à tricher. J'ai commencé à mentir, tout en me disant que ça ne me ressemblait pas du tout. Ce n'était pas moi. En tout cas, c'est là que le sexe entre en jeu, et ce n'est pas mon genre.

Avec tout ça, j'ai fini par me retrouver au Queen Street Mental Hospital, et je devais être assez bizarre. Je refusais d'être comme les autres, de m'asseoir comme un zombie — et je parle ici de l'ancien édifice —, donc de m'asseoir comme un zombie, non merci, sans téléphone, sans téléviseur, sans radio, bref sans rien. La moitié de ces personnes — certaines étaient là depuis 14 à 16 ans — n'avaient jamais de visiteurs, car leur famille les avait complètement laissées tomber. En tout cas, j'ai vécu certaines choses dont j'aurais pu me passer.

Un jour, je me suis mise à pleurer parce que mes parents étaient supposés venir me chercher pour la fin de semaine. En fait, ça faisait plusieurs semaines qu'ils devaient le faire. J'avais préparé ma valise. Personne ne m'avait donné de nouvelles. Je n'avais eu aucun appel, et c'est environ après le lunch, au plutôt le souper, vers 19 h, que j'ai commencé à pleurer. J'étais couchée dans mon lit. Il y avait une infirmière qui était encore là après avoir été responsable de l'aile toute la journée. Elle aurait dû s'en aller à 17 h, mais elle était encore là à 19 h. J'imagine qu'elle avait dû m'observer, en tout cas, lorsqu'elle a vu que je pleurais, elle a sorti la bouteille de Paraldehyde et a voulu me forcer à prendre ce médicament. Bien sûr, j'ai recraché le tout, mais je ne m'étais pas

she said, "You are not going to spit that acid in my eyes." I said, "If it is acid, what are you giving it to me for?"

Anyway, the next thing I know she grabbed me, got me on the floor, tried to hit my head on the floor and, of course, I have had trouble with my back. Way back in 1951, I had been hit by a car

The Chairman: Roslyn, we do have to go in a minute or so, so can you wind up?

Ms. Durdy: Sorry, I will try and give you the last thing. Why is it that I was dumped out of that hospital after accomplishing something in 1959? Dr. Gerstein can tell you about it because I became the secretary of the patients' hospital council. There were things done there that if they had been done 46 years later, you people probably would not be in the mess you are.

The Chairman: Thank you for coming.

Ms. Durdy: But I was going to say, why is it seniors are treated as though they have not got a brain in their heads, because I am 84. Not much wrong with my memory.

The Chairman: May I thank all of you for coming.

May I just remind my colleagues that we have a very full day tomorrow so we will start at 9:00 sharp. Thank you very much. Thank you everybody.

The committee adjourned.

rendu compte — j'avais fermé les yeux — qu'elle était penchée au-dessus de moi; lorsque j'ai recraché le tout, elle m'a dit : « vous n'allez pas m'envoyer cet acide dans les yeux. » Et j'ai répondu : « si c'est de l'acide, pourquoi m'en donnez-vous? »

En tout cas, elle m'a ensuite attrapée, m'a jetée à terre, a essayé de me frapper la tête sur le sol, et, bien sûr, j'avais des problèmes de dos. En 1951, j'avais été frappée par une auto...

Le président : Roslyn, nous devons nous en aller sous peu, alors pourriez-vous conclure?

Mme Durdy : Je m'excuse, je termine. Pourquoi m'a-t-on jetée à la porte de l'hôpital après ce qui a été accompli en 1959? Mme Gerstein peut vous en parler, car je suis devenue la secrétaire du conseil des patients de l'hôpital. On a accompli là-bas des choses qui, si elles avaient été faites 46 ans plus tard, vous auraient évité bien des problèmes.

Le président : Merci d'être venue.

Mme Durdy : Mais ce que j'allais dire, c'est que je ne comprends pas pourquoi on traite les personnes âgées comme si elles étaient stupides : j'ai moi-même 84 ans. J'ai toujours une assez bonne mémoire.

Le président : Merci à tous d'être venus.

Puis-je rappeler à mes collègues que nous avons une longue journée devant nous demain; donc, nous commencerons à 9 h pile. Merci beaucoup. Merci à tous.

La séance est levée.

Wednesday, February 15, 2005 — afternoon meeting

Ontario Ministry of Health and Long-Term Care:

Carrie Hayward, Acting Director, Mental Health and Addiction Branch;

Doug Dixon, Senior Program Analyst, Mental Health and Addiction Branch.

Ontario Council of Alternative Businesses:

Becky McFarlane, Partnership Coordinator.

Empowerment Council:

Jennifer Chambers, Coordinator.

From The Dream Team:

Phillip Dufresne, Member;

Linda Chamberlain, Member;

Mark Shapiro, Member.

The Gerstein Centre:

Dr. Reva Gerstein, Founding Chair;

Paul Quinn, Director.

As an individuals

David Reville.

From the Heart Committee:

Douglas Millstone, Family Law Lawyer;

Patricia Commins, Retired Teacher;

Michael Flaxman, Volunteer.

Talk-ons:

Neil McQuaid;

Allan Strong, Resource Centre Coordinator, Self-Help Alliance;

Adrienne Magennis;

Richard Casey;

Graham Crushing;

Richard Smith;

Roslyn Durdy.

Le mardi 15 février 2005 (séance de l'après-midi)

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario :

Carrie Hayward, directrice intérimaire, Direction de la santé mentale et des dépendances ;

Douglas Dixon, conseiller principal de programme, Direction de la santé mentale et des dépendances.

Ontario Council of Alternative Businesses :

Becky McFarlane, coordonnatrice des partenariats.

Conseil d'habilitation :

Jennifer Chambers, coordonnatrice.

« The Dream Team » :

Phillip Dufresne, membre;

Linda Chamberlain, membre;

Mark Shapiro, membre.

Le Centre Gerstein :

Mme Reva Gerstein, présidente fondatrice ;

Paul Quinn, directeur.

À titre personnel :

David Reville.

From the Heart Committee :

Douglas Millstone, avocat, Droit de la famille;

Patricia Commins, enseignante à la retraite ;

Michael Flaxman, bénévole.

Tribune ouverte :

Neil McQuaid;

Allan Strong, Coordonnateur, Centre de ressources "Self-Help Alliance";

Adrienne Magennis;

Richard Casey;

Graham Crushing;

Richard Smith;

Roslyn Durdy.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Tuesday, February 15, 2005 — morning meeting

Centre for Addiction and Mental Health:

Diana Capponi.

As individuals:

Pat Capponi;

Darrell C. Powell.

Consumer /Survivor Information Resource Centre:

Helen Hook, Coordinator.

Panel: As individuals:

Norrah Whitney;

Carolyn Mayeur.

Centre for Addiction and Mental Health:

Betty Miller, Coordinator of the Family Council.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mardi 15 février 2005 (séance du matin)

Centre de toxicomanie et de santé mentale :

Diana Capponi.

À titre personnel :

Pat Capponi;

Darrell C. Powell.

Consumer/Survivor Information Resource Centre :

Helen Hook, coordonnatrice.

À titre personnel :

Norrah Whitney;

Carolyn Mayeur.

Centre de toxicomanie et de santé mentale :

Betty Miller, coordonnatrice du Conseil pour la famille.

(Suite à la page précédente)





First Session
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, February 16, 2005

Issue No. 6

Sixth and seventh meetings on:
Mental health and mental illness

INCLUDING:
THE SEVENTH REPORT OF THE COMMITTEE
(Budget 2005-06 of the committee)

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
trente-huitième législature, 2004-2005

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président :
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 16 février 2005

Fascicule n° 6

Sixième et septième réunions concernant :
La santé mentale et la maladie mentale

Y COMPRIS :
LE SEPTIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(Budget 2005-2006 du comité)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C. (or Rompkey, P.C.) Callbeck Cochrane Cook Cordy Fairbairn, P.C.	Gill Johnson LeBreton * Kinsella (or Stratton) Pépin Trenholme Counsell
--	---

*Ex officio members

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Michael Kirby

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P. (ou Rompkey, C.P.) Callbeck Cochrane Cook Cordy Fairbairn, C.P.	Gill Johnson LeBreton * Kinsella (ou Stratton) Pépin Trenholme Counsell
--	---

*Membres d'office

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

TORONTO, Wednesday, February 16, 2005
(10)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9:02 a.m., this day, in the Vanity Fair Room, at the Royal Meridien King Edward Hotel in Toronto, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Cordy, Keon, Kirby, Pépin and Trenholme Counsell (8).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division, Nicole Pogue, Intern.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

WITNESSES:*Moose Jaw Police Service:*

Terry G. Coleman, Chief of Police Service; Co-Chair of the Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison.

Royal Newfoundland Constabulary:

Sean Ryan, Inspector.

Montreal Police Service:

Michael Arruda, Agent and Counsellor, Action Strategies with the Community, Mental Health and Intellectual Disabilities.

Empowerment Council:

Randy Pritchard.

Canadian Association of Elizabeth Fry Societies:

Kim Pate, Executive Director.

Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison:

Dr. Dorothy Cotton, Co-Chair, Psychologist.

Terry Coleman, Sean Ryan and Michael Arruda each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 10:35 a.m., the committee suspended its sitting.

At 10:45 a.m., the committee resumed its sitting.

Dr. Cotton, Kim Pate and Randy Pritchard each made a statement. Together the witnesses answered questions.

PROCÈS-VERBAUX

TORONTO, le mercredi 16 février 2005
(10)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 h 2, dans la salle Vanity Fair du Royal Meridien King Edward Hotel, à Toronto, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (président).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Cordy, Keon, Kirby, Pépin et Trenholme Counsell (8).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de soins de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi se trouve dans le fascicule n° 1 des délibérations du comité en date du jeudi 14 octobre 2004.*)

TÉMOINS :*Service de police de Moose Jaw :*

Terry G. Coleman, chef du service de police et coprésident du Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison.

Royal Newfoundland Constabulary :

Sean Ryan, inspecteur.

Service de police de la Ville de Montréal :

Michael Arruda, agent conseiller, Section des stratégies d'action avec la communauté, dossier santé mentale et déficience intellectuelle.

Empowerment Council :

Randy Pritchard.

Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry :

Kim Pate, directrice exécutive.

Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison :

La Dre Dorothy Cotton, coprésidente, psychologue.

Terry Coleman, Sean Ryan et Michael Arruda font chacun un exposé puis, avec l'aide des témoins, répondent aux questions.

À 10 h 35, le comité interrompt ses travaux.

À 10 h 45, le comité reprend ses travaux.

Dorothy Cotton, Kim Pate et Randy Pritchard font chacun un exposé puis, avec l'aide des témoins, répondent aux questions.

At 12:00 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

TORONTO, Wednesday, February 16, 2005
(11)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 1:05 p.m., this day, in the Vanity Fair Room, at the Royal Meridien King Edward Hotel in Toronto, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Cordy, Keon, Kirby, Pépin and Trenholme Counsell (8).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division, Nicole Pogue, Intern.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

WITNESSES:

As individuals:

Rona Maynard, Former Editor-in-Chief, *Châtelaine*;
Scott Simmie, Journalist, *Toronto Star*;
Louise Elliott, Journalist, CBC Radio.

Douglas Research Hospital:

Dr. Ashok Malla, Head of Research

As individuals:

Phyllis Grant-Parker;
Tara Marttinen.

As individuals:

Honourable Richard Schneider, Judge;
Honourable Douglas Carruthers, Judge.

As walk-ons:

Lionel Berger;
Don Weitz;
Lembi Buchanan;

À midi, il est convenu que le comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

TORONTO, le mercredi 16 février 2005
(11)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 13 h 5, dans la salle Vanity Fair du Royal Meridien King Edward Hotel, à Toronto, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (président).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Cordy, Keon, Kirby, Pépin et Trenholme Counsell (8).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de soins de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi se trouve dans le fascicule n° 1 des Délibérations du comité en date du jeudi 14 octobre 2004.*)

TÉMOINS :

À titre personnel :

Rona Maynard, ancienne directrice en chef, *Châtelaine*;
Scott Simmie, journaliste, *Toronto Star*;
Louise Elliott, journaliste, radio de Radio-Canada (CBC)

Hôpital de recherche Douglas :

Le Dr Ashok Malla, directeur de la recherche.

À titre personnel :

Phyllis Grant-Parker;
Tara Martinen.

À titre personnel :

L'honorable Richard Schneider, juge;
L'honorable Douglas Carruthers, juge.

Tribune ouverte:

Lionel Berger;
Don Weitz;
Lembi Buchanan;

Julie Haubrich;
Morra Stewart;
Sandra Schwartz.

Rona Maynard, Scott Simmie and Louise Elliot each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 2:40 p.m., the committee suspended its sitting.

At 2:47 p.m., the committee resumed its sitting.

Tara Mattinen, Phyllis Grant-Parker and Dr. Ashok Malla each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 4:15 p.m., the committee adjourned its sitting.

At 4:20 p.m., the committee resumed its sitting.

Judge Carruthers and Judge Schneider each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 5:30 p.m., the committee heard walk-ons:

Lionel Berger, Don Weitz, Julie Haubrich, Morra Stewart, Sandra Schwartz each made a statement.

At 5:47 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

Julie Haubrich;
Morra Stewart;
Sandra Schwartz.

Rona Maynard, Scott Simmie et Louise Elliot font chacun un exposé puis, avec l'aide des témoins, répondent aux questions.

À 14 h 40, le comité interrompt ses travaux.

À 14 h 47, le comité reprend ses travaux.

Tara Mattinen, Phyllis Grant-Parker et le Dr Ashok Malla font chacun un exposé puis, avec l'aide des témoins, répondent aux questions.

À 16 h 15, le comité interrompt ses travaux.

À 16 h 20, le comité reprend ses travaux.

Le juge Carruthers et le juge Schneider font chacun un exposé puis, avec l'aide des témoins, répondent aux questions.

À 17 h 30, le comité entend des témoins en tribune ouverte :

Lionel Berger, Don Weitz, Julie Haubrich, Morra Stewart et Sandra Schwartz font chacun un exposé.

À 17 h 47, il est convenu que le comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Thursday, February 24, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

SEVENTH REPORT

Your Committee, which was authorized by the Senate on Thursday, October 7, 2004 to examine and report on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002 and in particular was authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

Pursuant to Chapter 3:06, section 2(1)(c) of the *Senate Administrative Rules*, the budget submitted to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration and the report thereon of that Committee are appended to this report.

Respectfully submitted,

Le président,

MICHAEL KIRBY

Chair

RAPPORT DU COMITÉ

Le jeudi le 24 février 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

SEPTIÈME RAPPORT

Votre Comité, autorisé par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004 à examiner, pour en faire rapport, les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système des soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents et, en particulier, le Comité a été autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

Conformément au Chapitre 3:06, section 2(1)(c) du *Règlement administratif du Sénat*, le budget présenté au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration ainsi que le rapport s'y rapportant, sont annexés au présent rapport.

Respectueusement soumis,

**STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY**

**SPECIAL STUDY ON MENTAL HEALTH
APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION
FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2006**

Extract from the *Journals of the Senate* of Thursday,
October 7, 2004:

The Honourable Senator Kirby moved, seconded by the Honourable Senator Losier-Cool:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the Committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness;

That the papers and evidence received and taken by the Committee on the study of mental health and mental illness in Canada in the Thirty-seventh Parliament be referred to the Committee, and

That the Committee submit its final report no later than December 16, 2005 and that the Committee retain all powers necessary to publicize the findings of the Committee until March 31, 2006.

The question being put on the motion, it was adopted.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

**COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT
DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA
TECHNOLOGIE**

**ÉTUDE SPÉCIALE SUR LA SANTÉ MENTALE
DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR
L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT
LE 31 MARS 2006**

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 7 octobre 2004:

L'honorable sénateur Kirby propose, appuyé par l'honorable sénateur Losier-Cool :

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner, pour en faire rapport, les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le Comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur l'étude de la santé mentale et des maladies mentales par le Comité durant la trente-septième législature soient déférés au Comité;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 16 décembre 2005 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions jusqu'au 31 mars 2006.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

SUMMARY OF EXPENDITURES

Professional and Other Services	\$ 188,800
Transportation and Communications	689,200
All Other Expenditures	<u>36,500</u>
TOTAL	\$ 914,500

The above budget was approved by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology on Wednesday, February 2, 2005.

The undersigned or an alternate will be in attendance on the date that this budget is considered.

Date _____ Michael J.L. Kirby
Chair, Standing Senate Committee on
Social Affairs, Science and Technology

Date _____ George Furey
Chair, Standing Committee on Internal
Economy, Budgets, and Administration

FOR INFORMATION ONLY

	2002-2003	2003-2004		2004-2005*	
	37-2	37-2	37-3	37-3	38-1
Budget approved	\$ 26,600	\$ 124,100	\$ 50,700	\$ 7,100	\$ 132,000
Expenditure	362	28,892	11,321	6,299	2,378

* The expenditures for 2004-2005, 38th Parliament, 1st Session are as of February 7, 2005.

SOMMAIRE DES DÉPENSES

Services professionnels et autres	188 800 \$
Transports et communications	689,200
Autres dépenses	<u>36 500</u>
TOTAL	914 500 \$

Le budget ci-dessus a été approuvé par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le mercredi 2 février 2005.

Le soussigné ou son remplaçant assistera à la séance au cours de laquelle le présent budget sera étudié.

Date _____ Michael J.L. Kirby
Président, Comité sénatorial permanent des
Affaires sociales, des sciences et de la
technologie

Date _____ George Furey
Président, Comité permanent de la régie
interne, des budgets et de l'administration

POUR INFORMATION SEULEMENT

	2002-2003	2003-2004		2004-2005*	
	37-2	37-2	37-3	37-3	38-1
Budget approuvé	26 600 \$	124 100 \$	50 700 \$	7 100 \$	132 000 \$
Dépenses	362	28 892	11 321	6 299	2 378

* Les dépenses de la 1^{ère} session de la 38^{ième} Législature pour l'année 2004-2005 sont en date du 7 février 2005.

STANDING COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

SPECIAL STUDY ON MENTAL HEALTH

EXPLANATION OF BUDGET ITEMS
APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION
FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2006

PROFESSIONAL AND OTHER SERVICES

1. Professional Services (0401)

(a) Researcher	\$ 20,000
(b) Communications consultant	20,000
(c) Consultant for electronic consultation (survey)	15,000

2. Working Meals (0415)

(19 days x \$1,000) — for public hearings	19,000
30 meals x 300 - for meetings in Ottawa	9,000

3. Translation and Interpretation Services (0412)

both languages for hearings outside Ottawa — 19 days x \$2,700	51,300
--	--------

4. Reporting and Transcribing Services (0403)

translation and recording equipment for activities outside Ottawa — 19 days x \$2,500	47,500
--	--------

5. Membership and Registration fees (0406)

5,000

6. Hospitality (0410)

2,000

Sub-Total — Professional and Other Services

\$ 188,800

TRANSPORTATION AND COMMUNICATIONS

1. Travel Expenses

For public hearings in Canada: 12 Senators, 1 Clerk, 1 Committee staff,
2 Researchers, 1 Communications liaison person, 1 Stenographer,
and 3 Interpreters (21 Individuals)

(A) Travel in Montreal for public hearings

(i) Rail transportation (staff): (9 x \$ 250)	\$ 2,250	
(ii) Ground Transportation: 4 taxis x \$25 x 21 participants	2,100	
(iii) Hotel accommodations: 4 nights at \$200/night x 21	16,800	
(iv) Per diem and incidentals: 4 days at \$73.10/day x 21	<u>6,200</u>	
Subtotal - Montreal		27,350

(B) Travel to Halifax and Fredericton for public hearings

i) Air Transportation (from and to Ottawa)		
(a) 12 x \$2,350	28,200	
(b) 9 x \$2,200	19,800	
ii) Ground Transportation (6 taxis x 21 x \$25)	3,150	
iii) Hotel Accommodations (4 nights x 21 x \$200)	16,800	
iv) Per diems and incidentals (5 days x 21 x \$73.10)	7,700	
v) Contingencies (5 days x \$500)	<u>2,500</u>	

Sub-Total, Travel to Halifax and Fredericton

78,150

(C) Travel to Winnipeg for public hearings

i) Air Transportation (from and to Ottawa)		
(a) 12 x \$3,600	43,200	

(b) 9 x \$3,150	28,350	
ii) Ground Transportation (6 taxis x 21 x \$25)	3,150	
iii) Hotel Accommodations (3 nights x 21 x \$200)	12,600	
iv) Per diems and incidentals (4 days x 21 x \$73.10)	6,200	
v) Contingencies (4 days x \$500)	<u>2,000</u>	
Sub-Total, Travel to Winnipeg		95,500
(D) Travel to Regina and Yellowknife for public hearings		
i) Air Transportation (from and to Ottawa)		
(a) 12 x \$4,850	\$ 58,200	
(b) 9 x \$4,100	36,900	
ii) Ground Transportation (6 taxis x 21 x \$25)	3,150	
iii) Hotel Accommodations (3 nights x 21 x \$200)	12,600	
iv) Per diems and incidentals (4 days x 21 x \$73.10)	6,200	
v) Contingencies (4 days x \$500)	<u>2,000</u>	
Sub-Total, Travel to Regina and Yellowknife		\$ 119,050
(E) Travel to Charlottetown and St. John's for public hearings		
i) Air Transportation (from and to Ottawa)		
(a) 12 x \$ 4,100	49,200	
(b) 9 x \$ 3,250	29,250	
ii) Ground Transportation (6 taxis x 21 x \$25)	3,150	
iii) Hotel Accommodations (4 nights x 21 x \$200)	16,800	
iv) Per diems and incidentals (5 days x 21 x \$73.10)	7,700	
v) Contingencies (5 days x \$500)	<u>2,500</u>	
Sub-Total, Travel to Charlottetown and St. John's		108,600
(F) Travel to Vancouver and Edmonton for public hearings		
i) Air Transportation (from and to Ottawa)		
(a) 12 x \$ 4,050	48,600	
(b) 9 x \$ 3,250	29,250	
ii) Ground Transportation (6 taxis x 21 x \$25)	3,150	
iii) Hotel Accommodations (5 nights x 21 x \$300)	31,500	
iv) Per diems and incidentals (6 days x 21 x \$73.10)	9,200	
v) Contingencies (6 days x \$500)	<u>3,000</u>	
Sub-Total, Travel to Vancouver and Edmonton		124,700
(G) Travel to Whitehorse for public hearings		
For public hearings in Canada: 3 Senators, 1 Clerk, 1 Committee's Directorate staff, 2 Researchers, 1 Communications liaison person, 1 Stenographer, and 3 Interpreters (12 Individuals)		
i) Air Transportation (from and to Ottawa)		
a) 3 x \$ 5,350	16,050	
b) 9 x \$ 4,500	40,500	
ii) Ground Transportation (4 taxis x 12 x \$25)	1,200	
iii) Hotel Accommodations (2 nights x 12 x \$200)	4,800	
iv) Per diems and incidentals (3 days x 12 x \$73.10)	2,700	
v) Contingencies (2 days x \$500)	<u>1,000</u>	
Sub-Total, Travel to Whitehorse		66,250

(H) Travel to Iqaluit for public hearings

For public hearings in Canada: 3 Senators, 1 Clerk, 1 Committee's Directorate staff, 2 Researchers, 1 Communications liaison person, 1 Stenographer, and 3 Interpreters (12 Individuals)

i) Air Transportation (from and to Ottawa — only economy available)

(a) 12 x \$ 2,310 27,720

ii) Ground Transportation (4 taxis x 12 x \$25) 1,200

iii) Hotel Accommodations (1 night x 12 x \$200) 2,400

iv) Per diems and incidentals (2 days x 12 x \$73.10) 1,800

v) Contingencies (1 day x \$500) 500

Sub-Total, Travel to Iqaluit

33,600

(I) Conference participation and public engagements to promote the reports (national or international)

Hotel, transportation and per diem 12 Senators and/or staff x \$ 3,000

36,000**Sub-Total — Transportation and Communications****\$ 689,200****ALL OTHER EXPENDITURES****1. Rentals (0500)**

(a) Meeting rooms for public hearings (19 days x \$1,000) \$ 19,000

(b) Equipment for public hearings (19 days x \$500) 9,500

2. Miscellaneous (0799)

2,000

3. Courier services (0213)

5,000

4. Binding of report1,000**Sub-Total, All Other expenditures****\$ 36,500****TOTAL****\$ 914,500**

The Senate administration has reviewed this budget application.

Heather Lank, Principal Clerk, Committees Directorate

Date

Hélène Lavoie, Director of Finance

Date

**COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT
DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE**

ÉTUDE SPÉCIALE SUR LA SANTÉ MENTALE

**EXPLICATION DES ITEMS BUDGÉTAIRES
DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET
POUR L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT LE 31 MARS 2006**

SERVICES PROFESSIONNELS ET AUTRES

1. Services professionnels (0401)		
a) Recherche	20 000 \$	
b) Consultant en communications	20 000	
c) Consultant pour consultation électronique (sondage)	15 000	
2. Repas (0415)		
(19 jours x 1 000 \$) — pour audiences publiques à l'extérieur d'Ottawa	19 000	
30 repas x 300 — pour réunions à Ottawa	9 000	
3. Services de traduction et d'interprétation (0412)	47 500	
(deux langues officielles — pour des audiences à l'extérieur d'Ottawa) — 19 jours x 2 500 \$		
4. Service de compte rendu et de transcription (0403)	51 300	
Équipement pour interprétation et enregistrement pour audiences à l'extérieur d'Ottawa — 19 jours x 2 500 \$		
5. Frais d'inscription pour conférences (0406)	5 000	
6. Hospitalité (0410)	<u>2 000</u>	
Sous-total — Services professionnels et autres		188 800 \$

TRANSPORTS ET COMMUNICATIONS

1. Frais de déplacement

Pour audiences publiques au Canada: 12 Sénateurs, 1 greffier, 1 employé de la Direction des Comités, 2 analystes, 1 agent de communications, 1 sténographe et 3 interprètes (21 participants)

A) Audiences publiques à Montréal

(i) Transport par train (employés): (9 x \$ 250)	2 250 \$	
(ii) Transport au sol: 4 taxis x 25 \$ x 21 participants	2 100	
(iii) Hébergement à l'hôtel: 4 nuits à 200 \$/nuit x 21	16 800	
(iv) Per diem et imprévus: 4 jours à 73,10 \$/jour x 21	<u>6 200</u>	
Sous-total - Montréal		27 350

B) Audiences publiques à Halifax et Fredericton

i) Transport aérien (aller-retour d'Ottawa)		
a) 12 x 2 350 \$	28 200	
b) 9 x 2 200 \$	19 800	
ii) Transport au sol (6 taxis x 21 x 25 \$)	3 150	
iii) Hébergement à l'hôtel (4 nuits x 21 x 200) \$	16 800	
iv) Per diems et imprévus (5 jours x 21 x 73,10 \$)	7 700	
v) Imprévus (5 jours x 500 \$)	<u>2 500</u>	
Sous-total, Halifax et Fredericton		78 150

C) Audiences publiques à Winnipeg

i) Transport aérien (aller-retour d'Ottawa)	
---	--

a) 12 x 3 600 \$	43 200	
b) 9 x 3 150 \$	28 350	
ii) Transport au sol (6 taxis x 21 x 25 \$)	3 150	
iii) Hébergement à l'hôtel (3 nuits x 21 x 200 \$)	12 600	
iv) Per diems et imprévus (4 jours x 21 x 73,10 \$)	6 200	
v) Imprévus (4 jours x 500 \$)	<u>2 000</u>	
Sous-total, Winnipeg		95 500 \$
D) Audiences publiques à Régina et Yellowknife		
i) Transport aérien (aller-retour d'Ottawa)		
a) 12 x 4 850 \$	58 200 \$	
b) 9 x 4 100 \$	36 900	
ii) Transport au sol (6 taxis x 21 x 25 \$)	3 150	
iii) Hébergement à l'hôtel (3 nuits x 21 x 200 \$)	12 600	
iv) Per diems et imprévus (4 jours x 21 x 73,10 \$)	6 200	
v) Imprévus (4 jours x 500 \$)	<u>2 000</u>	
Sous-total, Régina et Yellowknife		119 050
E) Audiences publiques à Charlottetown et St-Jean		
i) Transport aérien (aller-retour d'Ottawa)		
a) 12 x 4 100 \$	49 200	
b) 9 x 3 250 \$	29 250	
ii) Transport au sol (6 taxis x 21 x 25 \$)	3 150	
iii) Hébergement à l'hôtel (4 nuits x 21 x 200 \$)	16 800	
iv) Per diems et imprévus (5 jours x 21 x 73,10 \$)	7 700	
v) Imprévus (5 jours x 500 \$)	<u>2 500</u>	
Sous-total, Charlottetown et St-Jean		108 600
F) Audiences publiques à Vancouver et Edmonton		
i) Transport aérien (aller-retour d'Ottawa)		
a) 12 x 4 050 \$	48 600	
b) 9 x 3 250 \$	29 250	
ii) Transport au sol (6 taxis x 21 x 25 \$)	3 150	
iii) Hébergement à l'hôtel (5 nuits x 21 x 300 \$)	31 500	
iv) Per diems et imprévus (6 jours x 21 x 73,10 \$)	9 200	
v) Imprévus (6 jours x 500 \$)	<u>3 000</u>	
Sous-total, Vancouver et Edmonton		124 700
G) Audiences publiques à Whitehorse		
Pour audiences publiques au Canada : 3 Sénateurs, 1 greffier, 1 employé de la Direction des comités, 2 analystes, 1 agent des communications, 1 sténographe, et 3 interprètes (12 participants)		
i) Transport aérien (aller-retour d'Ottawa)		
a) 3 x 5 350 \$	16 050	
b) 9 x 4 500 \$	40 500	
ii) Transport au sol (4 taxis x 12 x 25 \$)	1 200	
iii) Hébergement à l'hôtel (2 nuits x 12 x 200 \$)	4 800	
iv) Per diems et imprévus (3 jours x 12 x 73,10 \$)	2 700	
v) Imprévus (2 jours x 500 \$)	<u>1 000</u>	
Sous-total, Whitehorse		66 250

H) Audiences publiques à Iqualuit

Pour audiences publiques au Canada : 3 Sénateurs, 1 greffier, 1 employé de la Direction des comités, 2 analystes, 1 agent des communications, 1 sténographe, et 3 interprètes (12 participants)

i) Transport aérien (aller-retour d'Ottawa — seulement la classe économique est disponible)

a) 12 x 2 310 \$ 27 720

ii) Transport au sol (4 taxis x 12 x 25 \$) 1 200

iii) Hébergement à l'hôtel (1 nuit x 12 x 200 \$) 2 400

iv) Per diems et imprévus (2 jours x 12 x 73,10 \$) 1 800

v) Imprévus (1 jour x 500 \$) 500

Sous-total, Iqualuit 33 600

I) Participation à des conférences et des engagements publics pour promouvoir les rapports du Comité (au niveau national et international)

Hôtel, transport et per diem 36 000

12 Sénateurs et/ou employés x 3 000 \$

Sous-total — Transports et communications

689 200 \$

AUTRES DÉPENSES**1. Location (0500)**

a) Salles de réunion pour audiences publiques (19 jours x 1 000 \$) 19 000 \$

b) Équipement pour les audiences publiques (19 jours x 500 \$) 9 500

2. Dépenses diverses (0799) 2 000

3. Services de messagerie (0213) 5 000

4. Relier les rapports 1 000

Sous-total — Autres dépenses

36 500 \$

TOTAL

914 500 \$

L'administration du Sénat a examiné la présente demande d'autorisation budgétaire.

Heather Lank, greffière principale, Direction des
Comités

Date

Hélène Lavoie, directrice des Finances

Date

APPENDIX (B) TO THE REPORT

Thursday, February 24, 2005

The Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration has examined the budget presented to it by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology for the proposed expenditures of the said Committee for the fiscal year ending March 31, 2006 for the purpose of its Special Study on mental health, as authorized by the Senate on Thursday, October 7, 2004. The said budget is as follows:

Professional and Other Services	\$ 188,800
Transportation and Communications	589,200
Other Expenditures	<u>36,500</u>
Total	\$ 814,500

(includes funding for public hearings and conference attendance)

Respectfully submitted,

Le président,

GEORGE J. FUREY

Chair

ANNEXE (B) AU RAPPORT

Le jeudi 24 février 2005

Le Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration a examiné le budget qui lui a été présenté par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, sciences et technologie concernant les dépenses projetées dudit Comité pour l'exercice se terminant le 31 mars 2006 aux fins de leur Étude spéciale sur la santé mentale, tel qu'autorisé par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004. Ledit budget se lit comme suit:

Services professionnels et autres	188 800 \$
Transports et communications	589 200
Autres dépenses	<u>36 500</u>
Total	814 500 \$

(y compris des fonds pour participer à des audiences publiques et des conférences)

Respectueusement soumis,

EVIDENCE

TORONTO, Wednesday, February 16, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:02 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: Senators, first, I want to thank our witnesses who have come from across the country to Toronto to meet in the one place to which everybody from the rest of the country travels occasionally, and then is happy to leave — it is just the nature of Toronto.

Beginning today, we will be focusing on the forensic side of mental health. We have representatives of three police forces from across the country, all of whom are involved in police/mental health liaison.

We will follow that with groups such as the Elizabeth Fry Society, and others, who deal with police/mental health liaison, not from the policing side, but from the viewpoint of helping people once they are convicted. At the end of the day, we will be hearing from two judges from the Mental Health Court here in Ontario, so we will be covering the spectrum.

Our first trio this morning consists of Terry Coleman, Chief of Police in Moose Jaw and the Co-Chair of the Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison; Michael Arruda is responsible for mental health issues with the Montreal police force; and Sean Ryan, who, we discovered in an earlier, brief conversation, grew up in the same town as my mother and my grandfather and we know all kinds of people in common. Sean Ryan, as you can tell both from the name and the accent, is from St. John's. Thank you very much for coming. He is with the Royal Newfoundland Constabulary — I still love the name.

We will have comments from the three of you and then we will open it to questions. Thank you all very much for coming. We appreciate it.

Mr. Terry Coleman, Chief of the Moose Jaw Police Service; Co-Chair of the Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison: Good morning. I am the Chief of Police in Moose Jaw, but the reason I am here today is I am the Co-Chair of the Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison, which is a subcommittee of the Canadian Association of Chiefs of Police. We thank you for the opportunity to present a police perspective, and to some extent, the justice system perspective, to your important discussion. You probably have in front of you a paper from all three of us that will give you more information than I am about to share today. I am sure it will provide some basis for you to ask questions.

TÉMOIGNAGES

TORONTO, le mercredi 16 février 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit ce jour à 9 h 2 pour étudier les questions concernant la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Sénateurs, je vais commencer par remercier nos témoins qui sont venus d'un peu partout au Canada pour nous rencontrer à Toronto, dans cette ville où l'on vient occasionnellement des quatre coins du pays mais que l'on est aussi heureux de quitter — que voulez-vous, c'est cela Toronto.

Nous ouvrirons nos débats d'aujourd'hui par la question de la santé mentale vue sous l'angle médico-légal et, pour cela, nous allons accueillir des représentants de trois corps policiers de différents endroits au Canada qui s'occupent tous de liaison entre les services de santé mentale et les services de police.

Nous enchaînerons par un témoin de la Société Elizabeth Fry et d'autres qui assurent eux aussi la liaison entre les services de police et les services de santé mentale, mais pas du côté des policiers cette fois. Ces personnes ont pour vocation d'aider les détenus. À la fin de la séance, nous accueillerons deux juges du tribunal ontarien spécialisé en santé mentale avec qui nous bouclerons la boucle.

Nos trois premiers témoins sont Terry Coleman, chef de police à Moose Jaw et co-président du Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison; Michael Arruda qui est responsable des questions de santé mentale à la police de Montréal et Sean Ryan qui, comme nous nous en sommes tous deux rendu compte à l'occasion de quelques mots échangés tout à l'heure, vient de la ville même où ont grandi ma mère et mon grand-père et où nous avons beaucoup d'amis communs. Sean Ryan, comme vous avez pu le constater d'après son nom et son accent, vient de St. John's. Merci beaucoup d'avoir répondu à notre appel. Sean appartient au Royal Newfoundland Constabulary, un nom que j'adore.

Nous commencerons par entendre les exposés après quoi nous passerons aux questions. Merci beaucoup de vous être déplacés. Nous l'apprécions.

M. Terry Coleman, chef du service de police de Moose Jaw, coprésident du Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison : Je suis chef de police de Moose Jaw, mais si je suis ici aujourd'hui, c'est parce que je copréside le Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison, qui est un sous-comité de l'Association canadienne des chefs de police. Merci de nous avoir donné la possibilité de vous apporter le point de vue de la police et, dans une certaine mesure, celui de l'appareil de justice. On vous a sans doute remis un document, préparé par nous trois, qui présente des informations sur ce que je me propose de traiter dans un instant. Il vous aidera, je pense, à nous poser des questions.

I have been a police officer for over 36 years, initially in Calgary and more recently in Moose Jaw. What Inspector Ryan, Agent Arruda and I have to share today is representative of the police community in Canada, notwithstanding some differences from community to community. That police will interact with mentally ill persons is inevitable and, to some extent, necessary. After all, it is we who have the 24/7 telephones and the staffing to respond to calls for service and people in crisis. Police services spend a significant amount of time and money working with people who are experiencing mental health crises.

The London Police Service, in conjunction with the University of Western Ontario, conducted research in this respect approximately two years ago, and I think it would be fruitful to have them make a presentation to you. I will not present their research to you, but it was extremely useful and rare in the Canadian context. This was —

The Chairman: Just to interrupt, that was a study done by the London, Ontario, police force?

Mr. Coleman: That is correct.

The Chairman: Do you have a name?

Mr. Coleman: Yes, I do.

The Chairman: Can you give us the name later?

Mr. Coleman: I can. I have the name of the person.

The Chairman: That would be great. Thank you.

Mr. Coleman: It is rare in the Canadian context, and Inspector Ryan will talk a little more about research before we are finished.

This research is enlightening, and as I said, the only such research in Canada, to my knowledge. Their findings, broadly, were that the police service was devoting substantial resources to their interactions with mentally ill persons, and I repeat, “substantial.” As I said, I recommend you access and read that report and perhaps meet with those people.

I do not share this purely from the “This is costing the cops too much money” perspective, although resources are scarce, as we all know, but to demonstrate the extent to which police organizations are already involved in the mental health business, and their commitment. Although replication of the research in other parts of Canada would be useful, research is also costly, and it took them some time to put together. However, having examined the methodology used in London and based on my experience, I consider it as representative of policing across Canada in general.

Je suis entré dans la police il y a plus de 36 ans, à Calgary, et je suis maintenant à Moose Jaw. Ce dont nous allons vous parler, l'inspecteur Ryan, l'agent Arruda et moi-même, est caractéristique du milieu policier au Canada, même s'il existe des différences d'une ville à l'autre. La police entre inévitablement en contact avec des personnes souffrant de troubles mentaux et, dans une certaine mesure, c'est même nécessaire. Après tout, nous offrons un service téléphonique de 24 heures sur 24 et de sept jours sur sept et nous avons le personnel nécessaire pour répondre aux appels généraux et à ceux de personnes en crise. Les services policiers consacrent énormément de temps et d'argent à s'occuper de personnes souffrant de troubles mentaux qui sont en situation de crise.

Le service de police de London, en collaboration avec l'Université Western Ontario, a réalisé une recherche à cet égard, il y a environ deux ans, et je pense que vous trouverez utile que ces gens-là viennent faire une présentation. Je ne vous parlerai pas de la recherche de l'université, mais elle s'est avérée extrêmement utile d'autant qu'elle est rare dans le contexte canadien. Il s'agissait —

Le président : Excusez-moi de vous interrompre, s'agissait-il de l'étude réalisée par le service policier de London en Ontario?

M. Coleman : C'est exact.

Le président : Vous avez un nom?

M. Coleman : Oui.

Le président : Pourriez-vous nous le donner plus tard?

M. Coleman : Oui, j'ai le nom d'une personne.

Le président : Ce serait merveilleux. Merci.

M. Coleman : Ce genre d'études est donc rare dans le contexte canadien et l'inspecteur Ryan vous parlera davantage de cette recherche avant que nous ne terminions.

Comme je le disais, cette recherche est chargée d'enseignements outre qu'elle est seule du genre à avoir été effectuée au Canada, à ma connaissance. Elle a permis de constater qu'en règle générale les corps policiers consacrent énormément de ressources à s'occuper de malades mentaux. J'insiste sur le mot « énormément ». Comme je le disais, je vous recommande de vous procurer ce rapport et de le lire et peut-être même de rencontrer les auteurs.

Je ne dis pas cela en adoptant le point de vue du policier qui estime que ça coûte trop cher, même si nous manquons de ressources comme nous le savons tous, mais il se trouve que cette étude fait ressortir le fait que les corps policiers s'occupent déjà beaucoup des questions de santé mentale. Il serait intéressant d'effectuer le même genre d'études ailleurs au Canada, mais la recherche est coûteuse et il faudrait plus de temps pour produire un document semblable. Quoi qu'il en soit, après avoir examiné la méthodologie appliquée à London et à en juger d'après mon expérience, j'estime que les constats de l'étude sont représentatifs de ce qui se passe dans le milieu policier en général au Canada.

In the context of this forum today, the questions we often ask ourselves are: Are we the police the best people to be dealing with people with mental illness, and are we equipped to meet their needs and best interests? The answer, by and large, to both questions is we are not, at least not after perhaps an initial contact and maybe the diffusion of a violent or confrontational situation.

However, we are frequently frustrated by being unable to refer or take these persons to mental health professionals and/or the appropriate facilities, to be received in the appropriate manner. We in policing are also client/consumer focused, and being unable to deliver service on that basis frustrates us.

We realize there has been some improvement in some centres in the last few years. In fact, there are some excellent programs in some places to address the frustrations I speak of, and that is really encouraging, but as always, we need to do better.

We must continually evaluate and improve the consultation and collaboration. The deinstitutionalization of the mentally ill dramatically and directly affected police organizations across Canada. While I am not about to get into the debate about whether such deinstitutionalization is or was good or bad, my colleagues and I across Canada know that we and our communities in general were not prepared. Why not?

To make a complex situation simple for the sake of brevity here this morning, no one told us what was about to happen, or what the effect on our communities might be. We were unprepared. I raise this for obvious reasons, but also to encourage you to consider that we can all learn from that. That is, we must ensure mental health professionals and consumer groups communicate and work with police — and vice versa — and also make sure that in the future, police are included with respect to ensuring mentally ill persons receive the attention and care they deserve.

I would be remiss if I did not address the often-offered panacea for fixing the deficiencies with respect to the intervention of police with the mentally ill. That is the notion that training will fix it. Just give them a little more training and all will be well, if you will pardon the pun. Well, this is not so.

To the extent communication has happened in the past, it has been through individual organizations approaching police organizations or associations of chiefs of police, at the provincial or even the federal level, national level, and asking to introduce their specific training into a police curriculum.

Actually, my interest in becoming involved with the particular committee that I co-chair was born out of frustrations with numerous organizations approaching the police, each with their

Dans le cadre de la tribune qui nous réunit aujourd'hui, voici les questions que nous nous sommes souvent posées : les policiers sont-ils les mieux placés pour s'occuper de personnes qui souffrent de troubles mentaux et sont-ils outillés pour répondre à leurs besoins et protéger leurs intérêts? La réponse est essentiellement non à ces deux questions, du moins pas après au-delà du premier contact et pas après qu'une situation potentiellement violente a été désamorcée.

Il demeure que nous sommes souvent frustrés de ne pouvoir confier ces personnes à des professionnels de la santé ou à des installations adaptées afin qu'elles soient prises en compte et traitées. Dans la police, nous rendons un service à la clientèle et nous nous trouvons frustrés de ne pas pouvoir bien faire notre travail sur ce plan.

Certes, des améliorations ont été apportées dans certains endroits au cours des dernières années et d'excellents programmes ont été adoptés pour mettre un terme au genre de frustrations que j'ai exprimé ici, ce qui est tout à fait encourageant, mais comme toujours, il y a place pour l'amélioration.

Nous devons continuer à évaluer et à améliorer la consultation et la collaboration. La désinstitutionnalisation des personnes atteintes de troubles mentaux graves a eu des effets directs sur les corps policiers un peu partout au Canada. Je ne veux pas rentrer ici dans le débat de la justification occasionnée par la désinstitutionnalisation, mais mes collègues et moi-même de partout au Canada savons que ni la police ni les collectivités ne sont prêtes à accueillir ces malades. Pourquoi?

Eh bien, pour simplifier quelque peu une situation par ailleurs fort complexe et pour être bref, sachez que personne ne nous a dit ce qui allait se passer ni quels effets cette orientation politique aurait sur les collectivités. Nous n'étions pas préparés. Je vous parle de ça pour deux raisons, mais aussi pour vous amener à tirer les enseignements qui s'imposent. Nous devons veiller à ce que les professionnels de la santé et les groupes de consommateurs communiquent et travaillent avec la police — et que cela se fasse aussi dans le sens inverse — et nous devons aussi nous assurer que, dans l'avenir, la police sera consultée pour faire en sorte que les personnes souffrant de maladie mentale reçoivent toute l'attention et tous les soins qu'elles méritent.

Je m'en voudrais de ne pas parler de cette fausse panacée qu'on nous vante tant pour régler les problèmes associés à l'intervention des corps policiers auprès de malades mentaux. Je veux parler de cette idée que l'on peut tout régler grâce à la formation. Pourquoi pas donner un peu plus de formation et le problème sera réglé? Eh bien ce n'est pas ainsi que ça fonctionne.

Dans la mesure où il y a eu communications dans le passé, celles-ci ont émané d'organismes qui ont proposé aux corps policiers ou aux associations de chef de police, aux échelons provincial, fédéral ou national, d'adopter leur formation dans le programme d'instruction des policiers.

D'ailleurs, c'est parce que j'étais frustré de voir le nombre d'organismes qui démarchent la police, chacun pour faire valoir ses propres intérêts, pour que nous offrions la formation les

own interest, to be delivered by training, and frankly, it is not practical for police colleges and police organizations to introduce a course for each different mental illness.

Over the past two years, Dr. Cotton and I have been conducting research in our spare time — and we both have very little of it — with respect to recommendations on fatalities, coroner's inquests, resulting from the death of a person during a police intervention. Far too often, these persons were mentally ill. While not all recommendations of the inquests included training the police more or training them with respect to this illness or that illness, many of them did, and, ladies and gentlemen, while in some situations training may be part of the solution, it is not the solution. Therefore, what is required?

Mental health professionals and police must work together to change structures whereby we understand each other and work more closely such that we complement each other in providing what the consumers and their families need and deserve. It is a systemic problem, not just a training problem. Just adding training to a structural problem will not improve what we are seeking to improve.

Working with and assisting people with mental illness are consistent with our mandate as police organizations, and certainly consistent with the philosophy of contemporary policing. In fact, four of the fundamentals of contemporary, or community, policing, as you may know it, are a customer/client/community focus, consultation and collaboration with the community, quality and valued client/customer service and increased communication. All of these also speak to our work with people with mental illness and the systems that serve them.

I must also share with you some progress I am party to with respect to mental illness within police organizations, and we have our share. The Canadian Association of Chiefs of Police Human Resources Committee, of which the committee I am here today to represent is a subcommittee, will hold a human resource conference in Vancouver at the end of this March, and one of the topics is "Operational Challenges in Managing Human Resources." We will have a presentation and a discussion around mental health within police organizations. This is a huge step in our culture, where mental illness is something we deal with externally, but we often hesitate to deal with internally.

This is what drives us as police organizations. As you can see, we too are client/consumer focused. Although process is important, it is the outcomes we are and should be concerned about. On behalf of the police community, I am pleased to tell you that we want to be part of the solution. We are ready to work

intéressant, que j'ai adhéré à ce comité et que j'en suis devenu le co-président, parce que j'estime que les collèges de police et les corps policiers ne sont pas des lieux adaptés pour offrir des cours sur les différentes maladies mentales.

Au cours des deux dernières années, le Dr Cotton et moi-même avons effectué une recherche sur notre temps personnel — dont nous manquons tous deux — à la suite des recommandations du coronaire qui a fait enquête sur le décès d'une personne lors d'une intervention policière. Il arrive très souvent que nous tombions sur des gens qui souffrent de maladie mentale. Les recommandations du coronaire ne portent pas toutes sur une augmentation de la formation offerte aux policiers dans le domaine de la santé et de la maladie mentale, beaucoup en font état et si la formation peut effectivement être une solution dans certains cas, elle ne peut tout régler. On peut donc se demander si cela était nécessaire.

Les professionnels de la santé mentale et les policiers doivent collaborer pour mettre en œuvre de nouvelles structures qui nous permettront de mieux nous comprendre mutuellement et de travailler ensemble, en complément l'un de l'autre, pour offrir ce dont les clients et leurs familles ont besoin et ce dont ils méritent. Il s'agit d'un problème systémique et pas simplement d'un problème de formation. Le fait d'ajouter la formation à un problème structurel ne nous permettra pas d'améliorer ce que nous voulons améliorer.

Le fait de travailler au côté de personnes souffrant de maladie mentale et de les aider relève de notre mandat d'organisations policières et va dans le sens de la philosophie contemporaine du maintien de l'ordre. D'ailleurs, les quatre principes fondamentaux du maintien de l'ordre moderne, c'est-à-dire la police communautaire, comme vous le savez peut-être, sont : l'insistance placée sur la clientèle et la communauté, la consultation et la collaboration avec le milieu, la qualité et l'appréciation des services à la clientèle et l'amélioration des communications. Tout cela concerne également notre travail au contact des personnes souffrant de maladie mentale et des systèmes qui s'en occupent.

Je me dois de vous faire part des quelques progrès auxquels j'ai contribué dans le domaine de la santé mentale au sein des organisations policières, parce que nous avons fait notre part. Le comité des ressources humaines de l'Association canadienne des chefs de police, dont dépend le comité que je représente aujourd'hui, va organiser une conférence sur les ressources humaines à Vancouver à la fin du mois de mars sur le thème des défis opérationnels dans le domaine de la gestion des ressources humaines. Nous aurons un exposé et une discussion sur la santé mentale au sein des services policiers. C'est là un grand progrès dans notre culture où la maladie mentale est quelque chose d'extérieur mais que nous hésitons souvent à reconnaître dans nos rangs.

C'est cela aussi qui pousse les organisations policières. Comme vous pouvez le voir, nous sommes, nous aussi, axés sur la clientèle. Le processus est certes important, mais ce sont les résultats qui nous préoccupent le plus. Au nom du milieu policier, je suis heureux de vous annoncer que nous tenons à faire partie de

on this matter for the benefit of consumers, their families and their communities. Change in the public sector, and policing is no exception, occurs far too often as a result of a crisis or crises. It seems to take a tragedy to get the attention of policy-makers and those who are able to assign necessary resources. I am sure I do not need to tell you that that is not our preferred way of policing.

Once again, we appreciate today's opportunity to contribute to solutions to address a complex but important issue. We look forward, whether at the local or at a more global level, to police being included as part of these solutions in the future.

We would like to think it is a good sign that we are here at all today. Traditionally, forums such as this would not have included us in a discussion like this, and we look forward to our continued involvement and thank you for the invitation today. Such work is consistent with our mandate, and certainly consistent with the philosophy of contemporary policing, and I thank you on behalf of your police organizations and your police officers.

Mr. Michael Arruda, Agent and Counsellor, Action Strategies with the Community, Mental Health and Intellectual Disabilities, Montreal Police Service: Senator Kirby, Senator Keon, members of the standing committee, I have had the opportunity to listen to the committee hearings, read some passages from the committee's last report and meet some of the consumer/survivors who were asked to testify before the committee. I want to thank the committee members for their involvement and for inviting me here today.

I am happy that the government is finally looking at the subject of mental health and that your recommendations may one day be implemented. This is a beginning, a time for change, a time when people will begin discussing mental health like any other health problem. As a family member of someone who has a mental health problem, I can sympathize with and relate to the frustrations that the survivors and their families go through. Believe me, I quickly understood why mental health consumers have earned the right to be called "survivors."

As a police officer, I must admit that I find it quite disturbing and sad that family members and survivors have to turn to the police in the hopes that they can get the proper care. I think it is a sign of how wrong, or rather, sick our system is. Although police interventions are usually very traumatizing for all parties involved, family members and survivors know that we are probably the only service anywhere in Canada that operates 24 hours a day, 7 days a week, 365 days a year, and will act immediately to secure someone who is in a mental health crisis.

la solution. Nous sommes prêts à travailler sur ces questions dans l'intérêt des clients, de leurs familles et de leur milieu. Les crises occasionnent très souvent des changements dans le secteur public et la police n'échappe pas à cette règle. On dirait qu'il faut une tragédie pour attirer l'attention des décideurs et de ceux qui sont en moyen d'affecter les ressources nécessaires. Je n'ai certainement pas besoin de vous dire que ce n'est pas ainsi que nous préférons faire notre travail de policier.

Laissez-moi vous répéter que nous nous réjouissons de la possibilité que vous nous donniez de contribuer à la formulation de solutions à un problème important et complexe. Nous espérons que la police fera partie de ces solutions dans l'avenir, que ce soit à l'échelon local ou à un échelon plus général.

Nous aimons à penser que notre présence aujourd'hui marque un tournant positif à cet égard. D'habitude, des tribunes comme celle-ci ne portent pas sur des discussions de ce genre et nous espérons donc pouvoir continuer à contribuer à votre travail et je vous remercie pour votre invitation. Ce travail est tout à fait conforme à notre mandat et il est conforme à la philosophie contemporaine du maintien de l'ordre. Au nom des organisations de police et des agents de police, je vous remercie.

M. Michael Arruda, agent conseiller, Section des stratégies d'actions avec la communauté, dossier santé mentale et déficience intellectuelle, Service de police de la Ville de Montréal : Sénateur Kirby, sénateur Keon, honorables membres du comité permanent, j'ai eu l'occasion de suivre vos audiences, de lire certains extraits de vos dernières retranscriptions et de rencontrer certaines personnes qui ont souffert de maladie mentale dans le passé ou qui sont encore des patientes et qui sont venues témoigner devant vous. Je tiens à remercier les membres du comité pour leur engagement dans ce dossier et pour m'avoir invité aujourd'hui.

Je suis heureux que le gouvernement se penche enfin sur la question de la santé mentale et de penser que nos recommandations seront peut-être appliquées un jour. C'est un début, une période de changement, une époque où les gens commencent à parler de santé mentale comme s'il s'agissait de n'importe quel autre problème de santé. Comme j'appartiens à une famille dont un membre est atteint de troubles de santé mentale, je compatis avec les personnes qui souffrent de telles maladies et avec leurs familles et je comprends leurs frustrations. Pour décrire les personnes qui souffrent de maladie mentale, certains parlent de « échappés », et je comprends pourquoi.

En tant que policier, je trouve très troublant et triste que ces personnes et des membres de leurs familles doivent se tourner vers les services de police dans l'espoir d'obtenir les soins appropriés. Cela nous montre à quel point notre système est détraqué, pour ne pas dire malade. Bien que les interventions policières soient souvent très traumatisantes pour toutes les parties, les personnes ayant un vécu psychiatrique, autrement appelées PVP, et les membres de leurs familles savent que c'est probablement le seul service qui fonctionne 24 heures sur 24, sept jours sur sept et 365 jours sur 365, partout au Canada, et qui soit en mesure de réagir immédiatement pour maîtriser une personne en crise.

Families expect officers to take their loved ones to the appropriate professionals. Ironically, most of the time, these professionals are not available, or, in some places, non-existent. In the places where services are available, usually local hospitals, two officers are asked to stand guard on the mentally ill person until the professional comes to see them. I have tried to look back and remember when was the last time I stood guard and made sure that someone with cancer or diabetes got treated.

What is most alarming is the number of calls that officers across our country receive concerning someone who is in a mental health crisis. Calls range from the person who seems confused and is wandering the streets to the ultimate crisis call, the person who attempts to commit suicide.

Crisis calls are just one facet of police interventions. Officers are routinely asked to apprehend people under the Mental Health Act, interview witnesses and victims who have mental health problems, and arrest people who are mentally ill and have committed a variety of illegal acts.

Furthermore, homeless people with mental health problems are often shunned by the communities in which they live. The community ignores the real issues: lack of mental health services, facilities and supervised housing. It is much easier just to call the police.

Officers are obliged to intervene, again with few solutions. Although they are not specialists in the matter and often have no formal training, some police officers have to make assessments and evaluate whether the person is a danger to themselves or to others. In small rural communities, where few services are available, officers are forced to come up with desperate solutions, and in some cases, these solutions have sad and tragic endings. Police officers are overwhelmed and feel ill-equipped to intervene adequately. These are interventions that need particular handling and care.

As the honourable members of the standing committee already know, the difficulties encountered by all parties concerned are numerous, and it would only be tedious and repetitive of me to enumerate the problems.

Now, is there anything positive going on in the police service? Yes, there is. First, I must caution you that the programs available are usually in major urban areas and that in fact, very few police forces have them. Some police services have taken it upon themselves to offer mental health crisis intervention training to their personnel. Basic training courses vary from 4 hours to 26 hours of classroom time. Officers are introduced to communication techniques, verbal crisis intervention, abnormal psychology, observation methods and medical notions and language. Police departments are starting to gather data in order to evaluate their services and develop a better understanding of the situation.

Les familles attendent des policiers qu'ils confient leurs proches à des professionnels de la santé. Ironiquement, la plupart du temps, ces professionnels de la santé ne sont pas disponibles et, dans certains endroits, il n'y en a même pas. Là où les services sont offerts, généralement dans les hôpitaux locaux, on demande que deux agents gardent la personne malade en attendant qu'un médecin vienne la voir. Je me suis demandé quand, pour la dernière fois j'ai ainsi monté la garde en attendant qu'un patient souffrant de cancer ou de diabète soit traité.

Le plus alarmant de tout, c'est le nombre d'appels que nos agents reçoivent un peu partout au pays au sujet de personnes qui sont en crise. Ces appels vont de celui ou de celle qui est confus et qui erre sans but dans les rues, à la personne qui veut se suicider.

Les crises ne sont qu'une facette des interventions policières. Il arrive très fréquemment que les agents soient appelés à appréhender les personnes en vertu de la Loi sur la santé mentale, à interroger témoins et victimes ayant eu des problèmes de santé mentale et à arrêter des personnes souffrant de santé mentale pour divers actes illégaux.

En outre, les gens fuient souvent les sans-abri, passant ainsi à côté des véritables problèmes qui sont l'absence de services en santé mentale, le manque d'installations et de logements supervisés. Il est plus facile d'appeler la police.

Quand ils interviennent, les agents ne peuvent pas vraiment apporter de solution. Ils ne sont pas spécialistes de ces questions parce qu'ils n'ont pas reçu de formation structurée dans le domaine, mais certains doivent porter un jugement et évaluer la personne qui représente un danger pour elle-même ou pour les autres. Dans les petites localités rurales, où peu de services sont offerts, les agents doivent intervenir dans des situations désespérées, dans certains cas, ces solutions trouvent un dénouement triste et tragique. Les agents sont dépassés par les événements et ils se sentent mal outillés pour intervenir adéquatement. Ces interventions exigent une attention et une technique particulières.

Comme les honorables membres du comité permanent le savent déjà, les difficultés auxquelles se heurtent toutes les parties intéressées sont multiples et il serait fastidieux et répétitif que je vous énumère ces problèmes.

Cela étant, y a-t-il quoi que ce soit de positif dans le cas des services policiers? Oui. Tout d'abord, je dois vous prévenir que les programmes offerts le sont généralement dans les grands centres urbains et que rares sont les corps policiers à en disposer. Certains services de police ont eux-mêmes décidé de former leur personnel en intervention de crise pour les cas de santé mentale. Les cours de formation de base offrent de quatre à 26 heures sur ce thème en salle de classe. On présente aux agents les techniques de communication, l'intervention verbale en cas de crise, les cas psychologiques anormaux, les méthodes d'observation, on leur donne des notions médicales et on les initie à la terminologie médicale. Les services de police commencent à regrouper des données afin d'évaluer les services offerts dans ce domaine et à mieux comprendre les situations.

Major police services have designated mental health liaison officers who work on developing the mental health units and are responsible for developing standard intervention procedures in order to have conformity throughout the areas where they work.

Memoranda of agreement and protocols between police services and medical facilities have been developed and implemented to define the police and medical roles. Others have started initiatives such as police and community joint programs, and crisis teams from local health facilities have also joined the police in order to fill the gap. Cooperative programs such as Car 87 in Vancouver, Coast in Hamilton, and the Montreal Joint Response Model are initiatives that were developed as a result of the needs of the communities they serve.

Regional and local police/mental health liaison committees have also been developed throughout different cities to try to resolve immediate and long-term issues. The Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison was also developed to support, inform and provide guidance to all agencies across Canada directly touched by the mental health issue.

Ontario has developed mental health courts, while several provinces have diversion programs. Officers have been trained in the use of less lethal weapons when intervening with someone in a high-risk situation and crisis negotiation has become the norm in major cities.

Bolder initiatives, such as consumer/survivor advisory committees, have been developed to counsel, educate and inform police forces on how to intervene with people who have mental health problems. The consumer/survivors are by far the best experts in the mental health field, not because of their education, but because of their life experience.

Cross-training initiatives have been developed. Personnel such as psychiatrists, psychologists, nurses, researchers, teachers, public health officials, low-income housing officials, government officials and anyone directly involved with mental health are invited to patrol with police officers and see the situations they come across. They are then debriefed, asked to analyze the interventions and come up with better solutions. Officers are asked to work in the other person's milieu and are exposed to the other's reality. The same procedure is repeated.

Consumer/survivors are an integral part of this process. The purpose is to understand everyone's reality and the difficulties encountered in each organization. Solutions are sought, taking into consideration the restraints that everyone has. Furthermore, the bond that is created is exceptional. Participants see that there are faces and real people with names in each organization. It is no longer the police, the psychiatrist, the consumer, but rather, Mike, Nadia and John.

Les grands corps policiers ont désigné des agents de liaison en santé mentale qui mettent sur pied des unités spécialisées et qui sont chargés d'élaborer des procédures d'intervention normalisées que tout le monde doit respecter dans leur secteur.

Des lettres et des protocoles d'entente conclues entre les corps policiers et les établissements de santé définissent le rôle de la police et du corps médical. D'autres services de police ont lancé des initiatives du genre programme conjoint police-communauté ou ont mis sur pied des équipes d'intervention en situation de crise constituées de personnel des installations de santé locales. Les programmes de coopération, comme Car87 à Vancouver, Coast à Hamilton et le modèle de réponse conjoint de Montréal sont destinés à répondre aux besoins des collectivités desservies.

Des comités de liaison police/services de santé mentale, locaux et régionaux, ont également été mis sur pied dans différentes villes pour essayer de régler les problèmes immédiats et à long terme. Le Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison a également été mis sur pied pour appuyer les divers organismes au Canada, les renseigner et les guider sur toutes les questions touchant à la santé mentale.

L'Ontario a mis sur pied des tribunaux spécialisés en santé mentale, tandis que différentes provinces offrent des programmes de déjudiciarisation. Des agents ont été formés à l'emploi d'armes moins létales quand ils interviennent dans des situations impliquant une personne à haut risque, et la négociation de crise est devenue la norme dans les grands centres.

Des initiatives plus audacieuses, comme des comités consultatifs usagers/PVP, ont été mis sur pied pour conseiller, éduquer et renseigner les corps policiers sur la façon d'intervenir auprès de personnes souffrant de problèmes mentaux. Les clients et PVP sont, de loin, les meilleurs conseillers que l'on puisse trouver dans le domaine de la santé mentale, pas uniquement à cause de ce qu'ils savent, mais pour leur vécu.

Des projets de formation réciproques ont également été lancés. Des spécialistes — psychiatres, psychologues, infirmiers-infirmières, chercheurs, enseignants, responsables du secteur de la santé, responsables de logements à faible revenu, fonctionnaires et autres personnes s'occupant directement de santé mentale — sont invités à faire des patrouilles en compagnie de policiers pour voir le genre de situation qu'ils rencontrent. Ils participent ensuite à un débriefing où ils font l'analyse des interventions et proposent des solutions plus appropriées. Les agents sont, quant à eux, invités à travailler dans le milieu de leurs accompagnateurs, pour connaître la réalité de l'autre côté de la barrière, et la même chose se répète.

Les usagers/PVP sont partie intégrante au processus. Il est question de comprendre la réalité de tout le monde et les difficultés auxquelles se heurte chaque organisation. On cherche des solutions en tenant compte des limites imposées sur chacun. De plus, des liens de qualité exceptionnelle sont créés. Les participants peuvent mettre des visages sur des noms. Ce n'est plus simplement un policier, un psychiatre, un client, mais Michel, Nadia ou John.

As you can see, efforts and initiatives are being developed. What we need is a government that is ready to face the challenges and willing to take the initiative. How can we better our services? Well, very simply put, let us start by talking.

The Chairman: Thank you, Mr. Arruda.

Mr. Sean Ryan, Inspector, Royal Newfoundland Constabulary: Good morning, Senator Kirby. Like my colleagues, I thank you and the members of your distinguished panel for giving us the opportunity to speak to you today on this extremely complex social issue.

I come from a large family of 20 siblings in Newfoundland, and I too speak from personal and professional experiences on how the existing system is less than adequate to meet the continual needs of persons suffering from mental illness.

Like many other law enforcement agencies in Canada, the Royal Newfoundland Constabulary had to come to terms with analyzing the way we handled issues surrounding mentally ill persons and, equally, our lack of collaboration and cooperation with our health care system.

In 2000, the Royal Newfoundland Constabulary was involved in two police shootings, one of which was fatal. In that same year, our federal counterparts in Newfoundland, the RCMP, were also involved in a fatal shooting. Unfortunately, all three incidents involved persons suffering from a mental illness.

As a result, a judicial inquiry was held into the two fatal shootings, chaired by the Honourable Judge Donald Luther, and it was through that forum that a methodical analysis of the way we conduct business was completed that resulted in Judge Luther making several articulate and beneficial recommendations.

Chief Coleman eloquently set the stage by providing you with the generic overview of the way police do business as well as the history relevant to where we are today. Agent Arruda gave you an accurate account of what police officers across Canada go through on a daily basis, with the common thread that speaks to the police doing whatever is humanly possible to help those in need.

Over the next few minutes, I will endeavour to provide you and your distinguished panel with some suggestions on how we feel a federal body such as you represent can help.

We recommend that you help to create a national, centralized repository where data collected by police agencies in Canada can be received, collated and analyzed to provide quality and, conceivably, tactical analysis to aid in developing strategic approaches. Also, we see the potential of these same data being analyzed to provide equally strategic analysis that could assist in establishing standardized services that meet the consumer needs, as well as determining any common themes or trends.

Comme vous le voyez, des efforts et des projets sont entrepris. Nous attendons du gouvernement qu'il relève les défis et prenne l'initiative. Comment pourrions-nous améliorer nos services? Eh bien, très simplement en nous permettant de nous exprimer.

Le président : Merci, monsieur Arruda.

M. Sean Ryan, inspecteur, Royal Newfoundland Constabulary : Bonjour, sénateur Kirby. Comme mes collègues, je tiens à remercier les membres de votre éminent comité de nous avoir donné l'occasion de prendre la parole devant eux aujourd'hui à propos de cette question sociale incroyablement complexe.

Je viens d'une famille de 20 frères et sœurs à Terre-Neuve et, moi aussi, je peux vous parler d'expérience, personnelle et professionnelle, pour vous dire que le système actuel est loin d'être suffisant pour répondre aux besoins permanents des personnes qui souffrent de maladie mentale.

À l'instar de nombreux autres corps policiers au Canada, le Royal Newfoundland Constabulary a tiré ses conclusions après avoir analysé la façon dont il traite des questions concernant les personnes qui souffrent de troubles mentaux et le manque de collaboration avec notre système de santé.

En 2000, des agents du Royal Newfoundland Constabulary sont intervenus dans deux cas de fusillade dont a été mortel. La même année, nos homologues de la GRC, à Terre-Neuve sont intervenus dans un incident du même genre. Malheureusement, dans les trois cas, il s'agissait de personnes qui souffraient de maladie mentale.

Après son enquête judiciaire au sujet des deux incidents mortels, l'honorable juge Donald Luther a formulé plusieurs recommandations bien pesées et très intéressantes.

Le chef Coleman a élégamment dressé la table tout à l'heure en vous donnant un aperçu de la façon dont la police travaille de nos jours et en vous faisant un historique de la situation. L'agent Arruda, pour sa part, vous a précisément relaté la façon dont fonctionnent quotidiennement les policiers un peu partout au Canada, le trait commun étant que la police fait tout ce qui est humainement possible pour venir en aide à ceux qui en ont besoin.

Dans les quelques prochaines minutes, je me propose de vous adresser des recommandations sur la façon dont le gouvernement fédéral que vous représentez pourrait nous aider.

Nous vous recommandons de mettre sur pied un organisme central et national chargé de recueillir des données auprès des corps policiers au Canada, données qui seraient analysées afin de produire des synoptiques tactiques de qualité en vue de favoriser l'élaboration de stratégies. Par ailleurs, nous croyons que les mêmes données pourraient être analysées pour fournir une analyse stratégique tout aussi valable à partir de laquelle nous pourrions mettre sur pied des services normalisés adaptés aux besoins de la clientèle et dégager des tendances ou des thèmes communs.

We also seek your assistance in recommending funding be made available for research by police and health care providers in collaboration on issues, as well as funding to support independent research for the same common goal.

The research that is available in Canada today has rarely been done in Canada. Most of the data that we refer to are U.S. data, which is sad to say, with the exception of, as Chief Coleman said, the study that was done in London.

The research will be done with the intention of bettering our services as individual agencies as well as in cooperation with joint measures. We request your support in funding national education and training initiatives for police and mental health care workers alike, a national, public education program that would decrease the unfortunate stigma attached to and fear of those who suffer from a mental disorder.

We request your support in helping both police and health care services to break down the bureaucratic and regulatory barriers that we experience in attempting to share information, imperative information that can provide the necessary intelligence to assist in formulating an effective response by either department.

We request your support in providing the framework for a national forum for law-enforcement agencies across Canada to share best practices, comparable to the forum that was set up in the 1990s and led by the Canadian Association of Chiefs of Police to deal with a national use-of-force model and continuum. This particular forum was so successful that it has been adopted today nationwide and serves for all of us as a standardized framework, and I believe the same thing can be done with mental health issues.

Ladies and gentlemen, we readily recognize and appreciate that we as individuals, as well as our respective agencies and our provinces, have an obligation to provide the best service possible to persons suffering from mental illness. We realize that enhanced training developed from quality research can assist us, the police, and health care providers with providing a prophylactic measure for the percentage of our society who suffer from a serious illness and that, ultimately, can become embedded within the justice system.

We would be remiss if we did not impress upon you the enormous fiscal strain our present antiquated response to the mentally ill puts on already pressured police budgets. For example, as Agent Arruda mentioned, police officers spend hours upon hours endeavouring to seek out the needed help for the people we serve, but at the same time, contributing by our mere presence to the associated criminality stigma attached to those who are ill.

Please, let me impress upon you that despite appearances, and although we, the police, are looking for help, it is not about the police. This is not about us. Moreover, it is all about the

Nous avons également besoin de vous pour recommander qu'un financement soit accordé aux fournisseurs de soins de santé et aux corps policiers pour qu'ils collaborent à des recherches sur ces problèmes et pour appuyer également des recherches indépendantes sur le même thème commun.

La recherche accessible au Canada est rarement d'origine canadienne. La plupart des données dont nous nous servons sont américaines, ce qui est triste à dire, sauf, comme le mentionnait le chef Coleman, dans le cas de l'étude de London.

Les recherches que nous envisageons auront pour objet d'améliorer les services offerts par les divers organismes de même que les projets de collaboration. Nous demandons votre appui pour le financement d'initiatives de formation et d'éducation nationales pour les policiers et les travailleurs en santé mentale, grâce à un programme d'éducation nationale et publique qui permettrait de combattre la triste stigmatisation dont pâtiennent ceux et celles qui sont atteints de troubles mentaux.

Nous avons besoin de votre appui pour aider les services policiers et les services de soins de santé à briser les barrières bureaucratiques et réglementaires auxquelles nous nous heurtons dans nos tentatives d'échanges d'informations, des informations pourtant essentielles qui peuvent nous fournir les renseignements dont nous avons besoin pour préparer des réactions efficaces.

Nous avons besoin de votre appui pour dresser le cadre d'une tribune nationale qui permettra de rassembler tous les organismes d'exécution de la loi au Canada afin de parler des pratiques exemplaires, un peu sur le même modèle que la tribune qui a été lancée dans les années 90 et qui a amené l'Association canadienne des chefs de police à adopter un modèle national en matière d'utilisation de la force. Cette tribune a donné de tels résultats qu'elle a été adoptée partout au Canada et qu'elle sert de modèle. Je crois que nous pourrions faire la même chose dans le dossier de la santé mentale.

Mesdames et messieurs, nous tous ici sommes conscients, au même titre que les organisations et nos provinces, de l'obligation qui nous est faite d'offrir le meilleur service possible aux personnes souffrant de maladie mentale. Nous nous rendons compte que l'amélioration de la formation, à partir d'une recherche de qualité, pourra certainement nous aider, nous les policiers et les fournisseurs de soins de santé, à adopter des mesures prophylactiques pour ceux et celles qui souffrent de troubles mentaux graves et qui, à un moment donné, finissent par avoir des démêlés avec la justice.

Je m'en voudrais si je n'insistais pas sur l'énorme contrainte financière qu'imposent nos modes d'intervention dépassés auprès des personnes souffrant de maladie mentale sur les budgets déjà limités des corps policiers. Comme l'agent Arruda vous l'a dit, il arrive que des policiers passent des heures à rechercher l'aide nécessaire pour les gens dont ils s'occupent tout en contribuant, par leur simple présence, à lutter contre la stigmatisation de criminalité dont les malades font les frais.

Je tiens à vous préciser que si nous sommes venus ici pour demander votre appui, cela ne veut pas dire que nous le faisons au nom de la police. Ce n'est pas pour nous tout cela. C'est pour ceux

consumers, and once again, the seeking and availing ourselves of such opportunities as this in an effort to provide the best care to those who desperately need it.

We three, along with thousands of our colleagues, are advocates for the mentally ill, and are proud to be so. We do not profess to have all the answers, but we are surely eager to help you and any other body willing to step forward to find those answers.

With your help, we can and will provide the service that meets the need, and if through this forum and like opportunities we can make a difference that benefits even one person, then that will indeed move it forward.

I thank you for this opportunity and the great work that you have already done. We are prepared and eager to help you in any way we can in your future endeavours and we wish you Godspeed. Thank you.

The Chairman: Thank you very much to the three of you for your thoughtful statements, and, as I say, for all the effort you made to get here.

Before turning to my colleagues, could I just ask the three of you for some clarification?

You mention a national forum in another area of policing. Who funded that? Did the federal government fund that, or does anybody know?

Mr. Coleman: Actually, no, it did not. There was no funding for it. It was a collaboration that came out of the Canadian Association of Chiefs of Police Human Resource Committee, and the Ontario Police College took a lead role in this. They have a representative on that committee and we jointly put that together. It took several years for everybody to agree on it, but there was no funding per se, although, obviously, different agencies contributed in kind by way of people and resources.

The Chairman: The forum, Chief, was essentially a week-long symposium or something?

Mr. Coleman: It was a series.

The Chairman: You are saying that you need something similar with respect to mental health issues.

Mr. Ryan: Absolutely, senator, and I brought that up simply because it was an issue that was crucial to how the police conduct business, and it was through the collaborative effort from coast to coast that a framework was established that has been adopted today and works very well. My point is that if we can do it with one particular facet of policing, we can certainly do it with this.

The Chairman: Second question: You talked about the barriers to sharing information. Are they barriers among police forces or between the police and local health authorities, and what kind of information are you talking about?

que nous servons et, encore une fois, c'est parce que nous voulons exploiter les possibilités qui nous sont offertes pour apporter les meilleurs soins possibles à ceux qui en ont désespérément besoin.

Les trois policiers qui sont ici devant vous et les milliers de collègues que nous représentons sont des porte-parole de la maladie mentale et nous nous en enorgueillons. Nous ne prétendons pas avoir toutes les réponses, mais nous avons hâte de vous aider et d'aider quiconque voudrait trouver des réponses.

Avec votre aide, nous pourrions offrir le genre de services qui répondront aux besoins du milieu et si, par le biais d'une tribune de ce genre, nous pouvons changer les choses pour le mieux, alors il n'y a pas de raison de s'en empêcher.

Je vous remercie de l'occasion que vous nous avez donnée de comparaître devant vous et pour le travail fantastique que vous avez déjà accompli. Nous sommes prêts à vous aider au meilleur de nos capacités et nous vous souhaitons bonne chance. Merci.

Le président : Merci beaucoup à vous trois pour ces déclarations réfléchies et, comme je le disais, pour les efforts que vous avez déployés afin d'être présents parmi nous.

Avant de céder la parole à mes collègues, pourrais-je tirer certaines choses au clair avec vous trois?

Vous avez parlé d'une tribune nationale dans un autre domaine du travail de police. Qui la finance? Est-ce le gouvernement fédéral ou quelqu'un d'autre?

M. Coleman : En fait, ce n'était pas financé. Il s'agissait d'un travail réalisé en collaboration par le comité des ressources humaines de l'Association canadienne des chefs de police et par le collège de police de l'Ontario qui en a été le chef de file. Il y avait un représentant qui siégeait à ce comité et c'est un comité que nous avons constitué ensemble. Il a fallu plusieurs années pour que tout le monde parvienne à s'entendre à ce sujet, mais il n'y a pas vraiment eu de financement, même si différents organismes ont contribué à son fonctionnement en fournissant des ressources humaines et matérielles.

Le président : Chef, cette tribune était essentiellement un symposium d'une semaine ou quelque chose du genre?

M. Coleman : C'était une série de symposiums.

Le président : Et vous voudriez faire quelque chose de semblable pour les questions de santé mentale.

M. Ryan : Tout à fait, sénateur, et je vous ai donné cet exemple parce que c'était une question importante dans la façon dont la police effectue son travail et c'est grâce à un travail de collaboration d'un océan à l'autre qu'il a été possible d'établir un cadre que nous avons adopté et qui fonctionne maintenant très bien. Ce que je voulais dire, c'est que si nous avons pu le faire pour cette facette du maintien de l'ordre, nous pourrions certainement le faire pour cet autre domaine.

Le président : Deuxième question. Vous avez parlé des obstacles à la communication d'informations. S'agit-il d'obstacles entre les corps policiers eux-mêmes ou entre la police et les autorités de la santé à l'échelon local, et de quel genre d'informations parlez-vous?

Mr. Ryan: Well, it is a combination of them all. There are issues and, of course, there are privacy act issues within our provinces as well. There is bureaucracy within each organization — we refer to it as “turf” — that prevents the sharing of information; and quite frankly, information from a health care agency can certainly help us to formulate a proper response, but oftentimes, we are left with second-guessing ourselves and trying to determine what is happening in an immediate fashion.

There is an expectation that the issue can be solved through training, and Chief Coleman referenced it. Society cannot expect us to turn police officers into street diagnosticians. Quite frankly, it is difficult to get two psychiatrists to agree on one diagnosis, so in the absence of some intelligence, it is difficult for a police officer to make some determination as to what a person is suffering from and try to formulate an effective response. However, it can be aided by a full exchange, without imposing on somebody's personal health, over an issue that could contribute to the individual's safety or someone else's safety.

The Chairman: At the present, there is reluctance on the part of people in the medical profession, for example, or in any health profession, to deal with that?

Mr. Ryan: In some cases.

The Chairman: I can understand that, because of privacy laws and so on, but that is the problem?

Mr. Ryan: In some cases, yes, it is reluctance, but in most cases, these departments want to share that with us and it becomes an issue of a particular individual who happens to be on call that night sitting back and second-guessing, “If I do, what are the ramifications of my sharing this information?”

I bring forward the issue, albeit I understand that there may be no pat answers. Insofar as suggestions are concerned, I bring it forward for your collective wisdom.

Senator Cook: I have just had an opportunity to scan your carefully laid-out document here. I will ask you a number of questions, but my focus is on effective mental health legislation.

We are a federal team and you work in provincial jurisdictions — which I think tends to create silos — and I note that the arrest rate of those with mental illness is higher than for others. Sean, I will speak to you, mainly because I am a Newfoundlander. I know, because I worked as a volunteer at the Pottle Centre, that agencies tried to offer a caring environment after the deinstitutionalization — that is a long word — to people when they came out of the Waterford. However, those community supports were not there, and the people who came out could not live in a community. I think society failed them, and we have been trying to play catchup ever since. If you want to respond to that, you can.

M. Ryan : Il s'agit d'une combinaison des deux. Ce sont des problèmes et bien sûr il y a aussi les questions qui se posent à l'échelon provincial avec les lois sur la protection de la vie privée. Il y a la bureaucratie de chaque organisation qui est jalouse de son territoire et qui empêche la communication d'informations; pourtant, tout renseignement communiqué par un organisme de soins de santé nous aide à adapter nos réactions mais, bien souvent, quand nous n'avons pas ces informations, nous sommes obligés de deviner ce qui ne va pas et d'essayer de déterminer tout de suite par nous-mêmes ce qui se produit.

On s'attend à ce que ce genre de problème soit résolu par la formation, ce dont le chef Coleman vous a parlé. La société ne peut s'attendre à transformer les policiers en diagnosticiens de la rue. Soyons honnêtes, il est difficile d'amener deux psychiatres à s'entendre sur un diagnostic et en l'absence de certains renseignements, il est difficile à un policier de déterminer ce dont souffre la personne à qui il a affaire et de parvenir à une réponse adaptée. Toutefois, il serait possible d'améliorer la situation grâce à la communication d'informations, sans enfreindre le caractère confidentiel des renseignements médicaux, et l'on pourrait ainsi protéger la sécurité de la personne et d'autres.

Le président : À l'heure actuelle, les professionnels de la santé, notamment les médecins, hésitent-ils à communiquer ces renseignements?

M. Ryan : Cela arrive.

Le président : Est-ce à cause des lois sur la protection de la vie privée?

M. Ryan : Parfois, les gens hésitent mais, dans la plupart des cas, les services voudraient bien nous communiquer des renseignements mais il arrive que le professionnel de la santé de service ce soir-là se mette à réfléchir à deux fois sur les conséquences éventuelles de la communication d'informations qu'on lui demande.

Je soulève ce problème, mais je me rends bien compte qu'il n'y a pas de bonne réponse. Je vous soumets simplement mes suggestions pour que vous les examiniez.

Le sénateur Cook : J'ai eu l'occasion de parcourir très rapidement le document très soigné que vous nous avez fait remettre. Je vais vous poser plusieurs questions, mais je vais surtout m'attarder sur la question de l'efficacité de la loi sur la santé mentale.

Nous, nous travaillons à l'échelon fédéral et vous au niveau provincial — ce qui nous cloisonne peut-être. Je constate que le taux d'arrestations des personnes souffrant de maladie mentale est le plus élevé de tous. Sean, je vais m'adresser à vous, surtout parce que je viens moi aussi de Terre-Neuve. J'ai été bénévole au Pottle Centre, organisme qui a pour vocation d'offrir un milieu d'accueil aux patients désinstitutionnalisés — quel mot! — à ceux qui sortent de Waterford. Quoi qu'il en soit, ce genre de soutien communautaire n'était pas offert avant et les gens ne pouvaient pas vivre dans la société. La société les avait laissé tomber et nous essayons de faire du rattrapage depuis lors. Vous pouvez réagir si vous voulez.

Mr. Ryan: You are absolutely right. It is an issue, and we have seen it in the recent judicial inquiry into the deaths of Darryl Power and Norman Reid.

One gentleman was from a rural community. There was absolutely no social network there to support him, and Judge Luther in his recommendations clearly articulates his position on that. The issue of community treatment orders came up, and any number of areas, to try to deal with rural communities. I know Constable Arruda and I have discussed that in connection with communities outside the urban centres.

The infrastructure that is in place within urban centres is less than adequate. Outside of urban centres, it is essentially non-existent and I believe that in a forum such as this, it is imperative that we as public servants discuss the undiscussable. Otherwise, we are not being fair to the people that we are trying to serve, mentally ill persons.

Senator Cook: Your brief tells me about the variety of circumstances in which you come into contact with people who appear to be mentally ill and are victims of crime, and then I see that you are telling us that the police should not be the de facto first line of support for most people with mental illness. Well, if not you, who?

Mr. Ryan: I know that various recommendations were made after the inquiry in Newfoundland. In keeping with joint programs that are already in existence, such as the famous Coast program in Hamilton, our recommendation was to have a mobile mental health crisis response team associated with the respective health care centres. Our position was that even if there is a joint effort on the response, there is still the associated criminality of somebody being mentally ill.

In the vast majority of police officers' calls dealing with people who are suffering from mental illness, there is no criminality, but the police departments have been the catch basin for an otherwise non-existent social network, and that is as frankly as I can put it. I apologize if I —

The Chairman: No. Please do not apologize. Be very blunt. This committee said in its previous report that in our view, the prisons have become the asylums of the 21st century. You deinstitutionalize, you do not put anything in place, so prisons take over as the only place to put people. Please, the blunter you are, the more helpful it is to us.

Mr. Ryan: Thank you.

Senator Cook: You also talk about local strategies, and I think you do commendable work in local areas, but you are in search of something more, and I understand that. I like your reference to being a taxi driver, and if you are a uniformed cop in a car, picking up a person who appears to be mentally ill, that does not lend a comfort level to someone who is stressed or having a problem.

M. Ryan : Vous avez tout à fait raison. C'est un problème que nous avons récemment constaté dans nos enquêtes judiciaires sur les décès de Darryl Power et de Norman Reid.

L'un d'eux appartenait à un milieu rural dépourvu de tout réseau social susceptible de l'appuyer et le juge Luther, dans ses recommandations, en a clairement parlé. Il y a eu la question des ordonnances de traitement en milieu communautaire et dans plusieurs collectivités rurales, les gens ont essayé de s'adapter à ces ordonnances. Le constable Arruda et moi-même en avons parlé à propos des collectivités qui se trouvent hors des grands centres urbains.

L'infrastructure en place dans les centres urbains est loin d'être satisfaisante. À l'extérieur, elle est quasiment inexistante et je crois que des tribunes comme celle-ci sont absolument essentielles pour amener les fonctionnaires à parler de ce qui est indicible. Si nous ne le faisons pas, nous ne sommes pas justes envers les gens que nous essayons de servir, c'est-à-dire ceux qui souffrent de maladie mentale.

Le sénateur Cook : D'après votre mémoire, je constate qu'il existe des circonstances où vous tombez sur des gens qui semblent souffrir de maladie mentale et être victimes de crimes et je vois que, selon vous, la police ne devrait pas être en première ligne pour intervenir auprès de la plupart des personnes souffrant de maladie mentale. Eh bien, si vous ne le faites pas, qui va le faire?

M. Ryan : Des recommandations ont été formulées après l'enquête de Terre-Neuve. Conformément aux programmes conjoints en place, comme le célèbre programme côtier à Hamilton, nous avons recommandé de mettre sur pied une équipe d'intervention mobile spécialisée en santé mentale, équipe qui serait rattachée aux divers centres de santé. Nous estimions que, même dans le cadre d'une intervention conjointe, il ne fallait pas négliger l'action éventuellement criminelle des personnes atteintes de troubles mentaux.

Dans la plupart des interventions policières auprès de personnes souffrant de maladie mentale, il n'y a pas criminalité, mais les services de police font office de filet de récupération d'un réseau social non existant, et je suis là très honnête avec vous. Excusez-moi si...

Le président : Pas de problème, ne vous excusez pas. Vous pouvez être direct. Ce comité a déjà déclaré dans un rapport précédent que, selon nous, les prisons sont devenues les asiles du XXI^e siècle. On désinstitutionnalise les patients, mais l'on n'a aucune structure d'accueil et les prisons deviennent le seul lieu où placer ces gens. Ainsi, ne vous gênez pas, vous pouvez être direct parce que cela vous nous aider.

M. Ryan : Merci.

Le sénateur Cook : Dans votre mémoire, vous parlez aussi de stratégies locales et j'estime que vous faites un travail très louable, sur place, mais vous cherchez quelque chose de plus, si je comprends bien. J'ai aimé votre association avec les chauffeurs de taxi, parce que la personne qui souffre de troubles mentaux et qui se fait recueillir dans une voiture par un policier en uniforme peut s'en trouver très stressée ou avoir d'autres problèmes.

Mr. Ryan: Well, ma'am, to bring a sense of reality to what you are saying, I worked as a district commander responsible for the city centre of St. John's, and I remember getting a visit from two patrol constables one morning who were very upset for a number of reasons.

On their previous shift, they had spent 10 hours in a hospital emergency room sitting by the side of a woman who was suffering from depression, simply because there was nobody there. We were called to respond. We get calls on a daily basis from hospitals. "Can you transport this person to the Waterford Hospital?"

We are wearing uniforms, we are carrying guns and we drive well-lit vehicles. Are we not a part of the problem as opposed to the solution? That is a real concern for us and it is frustrating, because — Mike and I talked about this — we are speaking from personal experiences within our families as well as our professional experiences. Quite frankly, I think the attitude of most Canadians is that everything happens to everyone else — we have to admit that is true — and it only becomes important when it hits home.

We are here today to plead with you about how important this is, and not for the police. This is not about a badge. This is not about a uniform. This is about people who suffer a physiological, biochemical problem comparable to cancer, to tuberculosis, but the treatment that they receive is diametrically opposite.

Senator Cook: Would effective mental health legislation help you?

Mr. Ryan: It is a good question. Yes, it would, because federal legislation would override many other particular regulations, but I think it is imperative that there is careful consultation with justice and law-enforcement officials.

It is imperative to talk to the people on the ground. We see it in the corporate context, where executives speak to issues but never go to the floor to see how the plant worker sees things. I make that analogy with us. Mike and Terry and I can speak from our early days of what it was like, how horrible it was.

I speak about Newfoundland — and this is not unlike other communities in Canada — where just a short while ago, a short-stay unit was established within the Waterford Hospital in St. John's, the hospital for the psychiatric patients. Prior to that, if I as a patrol constable detained somebody under the Mental Health Act who met the three conditions in what is now known to be a very antiquated act — of harming themselves, harming others, or harming property — if I could not get them into a hospital setting, my only recourse was to detain that person at the city lockup. Now, if that is not spreading bacteria on an open wound, I do not know what is.

M. Ryan : Eh bien, madame, pour bien illustrer ce que vous venez de dire, sachez que j'ai été commandant du district central de St. John's et, dans ce poste, je me rappelle avoir eu la visite de deux agents patrouilleurs, un matin, qui étaient bouleversés pour plusieurs raisons.

Lors du quart qu'ils venaient d'achever, ils avaient passé 10 heures dans une salle d'urgence d'un hôpital à côté d'une femme qui souffrait de dépression, simplement parce qu'il n'y avait personne. On nous avait demandé d'intervenir. Nous répondons quotidiennement à des appels où l'on nous demande si nous pouvons transporter telle ou telle personne à Waterford.

Nous portons des uniformes, nous sommes armés et nous conduisons des véhicules qui ne passent pas inaperçus. Ainsi, ne faisons-nous pas davantage partie du problème que de la solution? Cela nous préoccupe beaucoup et c'est également frustrant parce que — Mike et moi-même vous en avons parlé — nous vous parlons d'expérience pour avoir connu ce genre de problèmes dans nos familles et dans nos vies professionnelles. Eh bien, je pense que, pour la plupart des Canadiens, ce genre de choses n'arrivent qu'aux autres — il faut admettre que c'est vrai — et que ces problèmes ne revêtent une certaine importance que quand ils vous touchent de près.

Nous sommes venus vous rencontrer pour vous dire à quel point cela est important, mais pas pour la police. Ce n'est pas une question de badge. Ce n'est pas une question d'uniforme. Nous avons affaire à des personnes qui souffrent de troubles physiologiques, biochimiques, comparables à un cancer, à une tuberculose, mais dont le traitement est radicalement différent.

Le sénateur Cook : Pensez-vous qu'une loi efficace sur la santé mentale vous aiderait?

M. Ryan : Bonne question! Oui, parce que la loi fédérale supplanterait toutes les autres, mais je crois qu'il est impératif d'abord de mener des consultations avec les responsables de l'appareil judiciaire et des organismes d'exécution de la loi.

Il est impératif de parler avec les gens sur le terrain. Nous voyons bien ce qui se produit dans le milieu des affaires où les cadres parlent de certaines questions entre eux sans jamais aller voir ce qui se passe vraiment sur le parterre de l'usine. Eh bien c'est la même chose dans notre cas. Mike et Terry et moi pourrions vous dire ce à quoi ressemblaient nos premiers pas dans la police, à quel point c'était horrible.

Je vous parle ici de ce qui s'est passé à Terre-Neuve — et ce n'est peut-être pas la même chose dans d'autres coins du Canada — mais il y a peu de temps, une unité de séjour de courte durée a été ouverte à l'Hôpital psychiatrique Waterford de St. John's. Avant cela, il fallait qu'une personne réponde à trois conditions pour être détenue par la police en vertu de la Loi sur la santé mentale — conditions qui datent d'une autre époque : risquer de se blesser, risquer de blesser d'autres personnes ou risquer d'occasionner des dégâts à la propriété. S'il n'était pas possible au policier de transporter cette personne dans un hôpital, il ne lui restait qu'à l'enfermer dans la prison municipale. Vous parlez d'une façon d'aggraver la situation!

Senator Cook: Yes. We are here to try to understand and do what is best for the consumer, the person who I think is the most stigmatized in today's society, and while I can sit here and be happy that the Pottle Centre cooks a meal for 45 people and they went out and got their own groceries, I suppose everything starts with one.

However, I think we are in search of something more, Mr. Chairman. We are in search of a national standard, one that enables everyone — you, the consumers of mental health and all the other caregivers — to go about with dignity and do the job that needs to be done. Again, I have to say, “Well, you work in a provincial jurisdiction and we can only do so much.”

Then I look at the budgets and feel really negative, because no matter how good a program is, if cutbacks come where do you think they will be made? Are they likely to be made in programs that you would advocate to deal with something like this? How can we ensure that there is continuity? What will legislation do?

Mr. Ryan: Well, we have asked ourselves, and I have asked myself many times, who do our political leaders work for? They work for us and for our citizens, and they should say loudly and clearly when cuts are made to whatever programs, it cannot be cuts that directly affect the health and welfare and simple dignity of Canadians.

Senator Cook: However, you and I know that in the real world that is not so, because even in a school program, if cuts come, music goes, gym goes.

I will end on this, Mr. Chair: I am looking for a way that we can put in a national standard, something effective, be it legislation or whatever, to ensure that what you have given me in this wonderful document is not jeopardized in any way.

Mr. Ryan: I wish I had the answers to give you.

Senator Cook: I guess that is our job.

The Chairman: Yes, it is.

Mr. Ryan: Thank you.

The Chairman: And we will.

Mr. Ryan: I hope so.

Senator Pépin: I have a supplementary question to what Senator Cook was talking about, because in Bill C-10 that was tabled in the house on February 7, 2005, it mentions allowing peace officers arresting an accused who is in contravention of an assessment order or a disposition to release, detain, compel the appearance of, or deliver the accused to a place specified in the order. Maybe that could facilitate things?

Senator Cook: That is a start.

Le sénateur Cook : Effectivement. Nous sommes ici pour essayer de comprendre ce qui se passe et pour faire ce qu'il y a de mieux pour les patients, pour les personnes qui, selon moi, souffrent le plus de stigmates sociaux. Je me réjouis bien sûr de me trouver ici et de savoir que le Pottle Centre cuisine des repas pour nourrir 45 personnes et qu'il leur achète des provisions, mais je suppose que tout doit commencer quelque part.

Quoi qu'il en soit, j'ai l'impression que nous voulons faire davantage, monsieur le président. Nous voulons mettre en œuvre une norme nationale grâce à laquelle tout le monde — vous-même, les clients des services de santé mentale et les équipes de soignants — pourra évoluer dans la dignité et faire ce qu'il faut. Encore une fois, je dois vous féliciter pour le travail que vous effectuez à l'échelon provincial, mais il y a des limites à tout.

Quand j'examine le budget, je me sens vraiment mal, parce que peu importe la valeur des programmes qui y sont annoncés, où pensez-vous qu'on va effectuer les éventuelles coupures qui pourraient être nécessaires un jour? Sans doute dans le genre de programmes que vous recommandez d'appliquer. Comment garantir la continuité de ces programmes? Que va permettre la loi?

M. Ryan : Eh bien, nous nous sommes nous-mêmes posé ces questions et je me les suis posées à plusieurs reprises. Que font nos responsables politiques? Ils travaillent pour nous et pour nos concitoyens et ils devraient nous annoncer, haut et clair, qu'en cas de réduction budgétaire concernant quelque programme que ce soit, ils ne porteront pas directement atteinte à la santé, au bien-être, ni à la simple dignité des Canadiens.

Le sénateur Cook : Quoi qu'il en soit, nous savons tous deux que, dans la réalité, ce n'est pas ainsi que ça se passe parce que, même à l'école, quand on réduit les budgets, ce sont les cours de musique et de gymnastique qui sont touchés les premiers.

Je conclurai sur ces mots, monsieur le président : je cherche une façon de faire adopter une norme nationale qui soit efficace, sous la forme d'une loi ou autres, pour nous assurer que nous n'allons pas porter atteinte à ce qui nous a été remis sous la forme de ce merveilleux document.

M. Ryan : J'aurais aimé vous fournir des réponses.

Le sénateur Cook : Je pense que cela nous appartient.

Le président : Effectivement!

M. Ryan : Merci.

Le président : Et c'est ce que nous allons faire.

M. Ryan : Je l'espère.

Le sénateur Pépin : J'ai une question supplémentaire à poser relativement à ce dont le sénateur Cook vient de parler, parce que dans le projet de loi C-10 qui a été déposé en Chambre le 7 février dernier, il est question d'autoriser les agents de la paix à arrêter un accusé qui s'est placé en infraction d'une ordonnance d'évaluation ou de mise en liberté, à le détenir, à le contraindre à comparaître ou à le déposer dans un lieu précisé dans l'ordonnance. Cela pourrait-il faciliter les choses?

Le sénateur Cook : C'est un début.

Senator Pépin: It is there, and I did not know if you were aware of that. It was tabled last week, I think.

You spoke about training of police officers for from 4 to 26 hours. I was wondering how you decide that, let us say, a group of officers will get 4, 10 or 26 hours? Is it because of the time available and who is available, or is it their background? How are you able to organize that?

Mr. Arruda: I mentioned 4 to 26 hours because different police forces offer different training. Some police forces will give four hours of training, others one day. Some will give three or four days of training.

Senator Pépin: Okay.

Mr. Arruda: In Montreal, for example, we give one day of training and it is for all police officers who are on patrol. Front-line officers are obliged to take the training, which is base training.

Senator Pépin: I understand, and I think it will be interesting to know how police services, as employers, are able to deal with the problem of mentally ill — if you have any employees, policemen, who have a mental health problem or someone in their family who is suffering from mental illness — and we know that the police are working under stress — what kind of program do you have? First, do you have any programs for your employees, such as counselling or diagnostic programs, and how can you help those policemen who are coming back to work to integrate? Maybe we can learn from your experience, if any, in that field.

Mr. Arruda: Effectively, most police services employ psychologists. In Montreal, we have a team of four psychologists who are there for the personnel, for the employees. Employees can see a psychologist at any time. They are on call, available 24 hours a day.

When there are major incidents in which police are involved, the officers are automatically met by a psychologist and there will be a debriefing. If police officers feel that they are not fit, or if the psychologist or the medical personnel feel that they are not ready to return to work, they will be put on sick leave. When they feel ready, when the medical personnel feel they are ready, the officers are slowly integrated back into the system.

We also have a 1-800 number that police officers can call if they have problems. If they do not feel right or they do not want to meet the psychologist, we have a 1-800 number so they can call other police officers who have been in similar situations and can counsel them.

Senator Pépin: I was wondering if Mr. Coleman or Mr. Ryan had something to add to this.

Le sénateur Pépin : C'était là, mais je me demandais si vous étiez au courant de cette disposition, puisque la loi a été déposée la semaine dernière, si je ne m'abuse.

Vous avez parlé de la formation des policiers qui peut prendre de quatre à 26 heures. Je me demande comment vous allez, par exemple, décider que tel groupe de policiers aura besoin de quatre heures, tel autre de 10 et un autre encore de 26 heures? Est-ce en fonction du temps disponible, de la disponibilité des gens ou de leurs bagage? Comment structurez-vous tout cela?

M. Arruda : J'ai parlé d'une formation de quatre à 26 heures parce que des corps policiers différents offrent des formations différentes. Certains services de police n'offrent que quatre heures et d'autres une seule journée. D'autres enfin vont donner jusqu'à trois ou quatre jours de formation.

Le sénateur Pépin : Bien.

M. Arruda : À Montréal, par exemple, nous dispensons une journée de formation pour tous les agents patrouilleurs. Les agents sur le terrain sont obligés de suivre cette formation qui fait donc partie de la formation de base.

Le sénateur Pépin : Je comprends et je pense qu'il sera très intéressant de savoir comment les services de police, qui sont les employeurs, s'y prennent face au problème de la maladie mentale, c'est-à-dire dans le cas d'un employé, d'un policier, qui est atteint de troubles mentaux graves ou de quelqu'un de sa famille qui souffre de maladie mentale. Nous savons que le travail de la police est stressant. Quel genre de programme avez-vous? Tout d'abord, offrez-vous un quelconque programme à vos employés, du genre counselling ou établissement de diagnostic, et comment aidez-vous les policiers quand ils reviennent au travail? Vous pourriez peut-être nous apprendre certaines choses dans ce domaine.

M. Arruda : Effectivement, la plupart des corps de police emploient des psychologues. À Montréal, nous avons une équipe de quatre psychologues qui fait partie du personnel et qui est au service des employés. Les employés peuvent consulter n'importe quand, puisque les psychologues sont disponibles 24 heures sur 24.

En cas d'incidents majeurs, les agents ayant participé à l'opération doivent automatiquement rencontrer un psychologue pour une séance d'objectivation. Si le policier ne se trouve pas bien ou si le psychologue ou le personnel médical estime qu'il n'est pas en mesure de retourner au travail, on le met en congé de maladie. Quand il se sent prêt, quand le personnel médical estime qu'il est prêt, l'agent est progressivement réintégré.

Nous avons aussi une ligne 1-800 à laquelle les agents peuvent appeler s'ils ont des problèmes. S'ils ne se sentent pas bien ou s'ils veulent rencontrer un psychologue, nous avons une ligne 1-800 qui leur permet d'appeler d'autres agents de police qui ont vécu la même chose qu'eux et qui peuvent les conseiller.

Le sénateur Pépin : M. Coleman ou M. Ryan auraient-ils quelque à ajouter?

Mr. Coleman: Senator, I have been in this business for a long time and there has been tremendous change over the last 20 years. Michael is correct. Many police services now have in-house psychologists, certainly the larger ones, and many of the rest of us, the smaller ones, contract out our employee and family assistance programs, so that there is access, but there is still a fair amount of stigma in our organizations about acknowledging that one needs this, and that is probably not unusual.

In Calgary, after a police officer has been involved in a situation where there has been a death or very serious injury, it is now mandated that that person will meet with the in-house psychologist, because many would not do so unless told, "You will go." That is not the best way, perhaps, to get somebody to meet with the psychologist, but it was not happening otherwise.

There has been tremendous progress, but it is still not anywhere close to what it should be, and we are looking forward to raising this issue on the national stage at our conference in Vancouver, in March. It is a first for our conferences, so it will be interesting to see how we can build on that.

Senator Pépin: We can sometimes compare the police to the military on this issue.

Mr. Coleman: Absolutely. Yes.

Mr. Ryan: Our agency has comparable setups to those described by Agent Arruda and Chief Coleman. We contract with a psychologist to deal with these outside issues, and of course, there is help within the employee assistance program.

I think it speaks to the broad spectrum of the mental health issue — and I spoke to this at the judicial inquiry — in that we had an officer who, unfortunately, had to take the life of another person. The victim was suffering from a mental illness, and as a result of that incident, there were huge mental health problems for the officer and the family, with the issues being brought to the forefront through the media. The officer's children and family and friends were asking questions, and the individual suffered from the pressures that occurred in a particular incident while doing their job.

It is such a broad spectrum when we look at not only dealing with mentally ill people, but the spinoff from that within the service, so we need to have our own house in order before we go outside.

Senator Pépin: I think it is a big step forward when, as a policeman, you realize that something needs to be done for your employees, for the police, because the stress they live under must make things very difficult.

Mr. Ryan: Absolutely, and I thank you for pointing that out.

Mr. Coleman: If I could just add to that, there is sometimes a feeling that the rate of suicide in police organizations is higher than the norm.

M. Coleman : Sénateur, je travaille dans ce milieu depuis longtemps et je dois dire que nous avons assisté à d'incroyables changements au cours des 20 dernières années. Michael a raison. La plupart des grands corps policiers ont maintenant des psychologues maison et, dans les plus petits, il nous appartient de communiquer avec nos employés et avec les services d'assistance familiale pour obtenir de l'aide, mais les gens ont encore beaucoup de mal dans nos organisations à admettre qu'ils peuvent avoir besoin d'aide et ce genre de recours n'est certainement pas courant.

À Calgary, après qu'un policier a participé à une opération où il y a eu mort de personnes ou blessures graves, il doit obligatoirement consulter le psychologue maison; si ce n'était pas obligatoire, beaucoup ne le feraient pas. C'est sans doute la meilleure façon de faire en sorte que ces agents consultent un psychologue.

Nous avons donc réalisé énormément de progrès, mais nous sommes encore très loin de l'objectif à atteindre et nous allons chercher à faire passer cela à l'échelle nationale lors de notre conférence de Vancouver, en mars. Ce sera la première de nos conférences et il sera intéressant de voir ce que nous pouvons en tirer.

Le sénateur Pépin : Il y a sans doute un parallèle à faire entre la police et les forces armées à cet égard.

M. Coleman : Tout à fait.

M. Ryan : Nous offrons le genre de services que ceux décrits par l'agent Arruda et le chef Coleman. Nous communiquons avec un psychologue pour régler les problèmes extérieurs et nous aidons bien sûr l'employé par le biais d'un programme d'assistance.

Cela, je pense, nous en dit long sur l'ensemble des questions de santé mentale — j'en ai parlé lors de l'enquête judiciaire — parce que nous avons eu, une fois, un agent qui a malheureusement tué quelqu'un. La victime souffrait de maladie mentale et, à la suite de cet incident, le policier en question et les membres de sa famille ont eu énormément de difficultés psychologiques, à cause de la couverture médiatique dont l'événement a fait l'objet. Les enfants de ce policier, les membres de sa famille et ses amis lui posaient des questions et ce genre de pression a considérablement perturbé l'intéressé dans son travail.

Nous avons à faire à toute une série de problèmes, non seulement à cause des personnes qui souffrent d'une maladie mentale, mais à cause des répercussions que cela peut avoir sur nos services, d'où la nécessité de disposer de psychologues maison, avant de nous adresser à l'extérieur.

Le sénateur Pépin : C'est certainement un grand progrès qu'un policier comme vous se rende compte que ses employés ont besoin de ce genre de service, à cause du stress dans votre travail qui rend les choses très difficiles.

M. Ryan : Tout à fait, et je vous remercie de l'avoir souligné.

M. Coleman : J'aimerais ajouter une chose. On dit parfois que le taux de suicide dans les services policiers est supérieur à la moyenne.

There is a professor at the University of Lethbridge whose name escapes me right now, but I read his work. He has done some research on this, and you might be interested in him in your travels. He found that it is not actually out of line with the general population. However, it comes about for a variety of different reasons.

All of us, I am sure, have had friends who have committed suicide. I had not been in Moose Jaw more than a few weeks when one of our police officers shot himself in our locker room first thing on a Sunday morning — he had major problems — and it caused huge problems within our organization, which is not really large. Therefore, we are only too well aware of the issue, but the professor from Lethbridge has done some interesting work around determining the incidence of suicide in police organizations.

Mr. Arruda: Just to add a little to that, in Montreal, for example, and I do not have the exact numbers, but in 1999, there were 1,600 consultations by police officers, and in 2002 it was 2,700, so it is growing. Police officers are less reluctant to seek help.

Senator Pépin: Merci beaucoup.

The Chairman: As is true, increasingly, in the general public. It has a long way to go, but at least the trend line is a little better.

Senator Cochrane: I too welcome you all here, and I will start with Chief Coleman.

Are you part of a forum that addresses mental health only within your organization, or do you address mental health to learn about all the problems and then go back to the institution and implement some of these changes that have been made by other organizations?

Mr. Coleman: The subcommittee that we represent today came about as a result of an initiative by Dr. Cotton, whom I believe you will be listening to later on, and she can explain some of the history behind that, but we are a group of interested people. We hold an annual conference that has grown every year. We are just putting the fourth annual conference together in Vancouver, and Senator Kirby will be speaking to us. We have already arranged that.

We share, for want of a better phrase, and it is a cliché, best practices. We look at what other people are doing, at the Coast program in Hamilton, the Car 87 in Vancouver, and there are a variety of programs around that are actually pretty good. They all try to serve the same purpose, but they are slight different models.

Yes, we are a liaison group; hence the name. We meet, we share, we explore. We have attracted the attention of people from overseas. We have had people come from Ireland two years in a

Un professeur de l'Université de Lethbridge, dont le nom m'échappe, a effectué des recherches à ce sujet — j'ai lu son livre — et cela pourrait peut-être vous intéresser dans le cadre de votre étude. Il a constaté que le taux de suicide n'est pas vraiment plus important que celui de la population en général, mais qu'on parle de ce phénomène pour plusieurs raisons.

Nous avons tous connu, j'en suis sûr, des amis qui se sont suicidés. J'étais arrivé à Moose Jaw depuis quelques semaines à peine quand un de nos policiers s'est suicidé dans les vestiaires, aux petites heures du matin, un dimanche. Il avait de gros problèmes et cela a occasionné tout un remous au sein de l'organisation où nous n'étions pas très nombreux. Nous sommes donc cruellement au courant de ce problème, mais ce professeur de Lethbridge a effectué des travaux très intéressants sur l'incidence du suicide dans les services de police.

M. Arruda : Si vous me le permettez, j'ajouterai qu'à Montréal, par exemple — je n'ai pas les chiffres exacts — en 1999, les policiers ont consulté 1 600 fois et, en 2002, ils l'ont fait 2 700 fois. Il y a donc une augmentation. Les agents de police sont moins réticents à réclamer de l'aide.

Le sénateur Pépin : Merci beaucoup.

Le président : Comme c'est de plus en plus le cas dans la population en général. Nous venons de loin, mais la tendance s'améliore.

Le sénateur Cochrane : Je me réjouis, moi aussi, de vous accueillir et je vais poser ma première question au chef Coleman.

Vous intéressez-vous à la santé mentale uniquement dans le cadre de votre organisation ou le faites-vous pour en apprendre davantage sur la santé mentale et sur tous les problèmes qu'elle entraîne pour ensuite ramener cette information au niveau de votre institution afin de mettre en œuvre certains changements appliqués ailleurs?

M. Coleman : Le sous-comité que nous représentons aujourd'hui est issu d'une initiative lancée par le Dr Cotton que vous allez accueillir tout à l'heure, si je ne m'abuse. Elle pourra vous en faire la genèse, mais sachez que nous avons mis sur pied un groupe de gens intéressés à ce dossier. Nous organisons une conférence annuelle qui n'a cessé de prendre de l'ampleur année après année. Nous sommes en train d'organiser notre quatrième conférence annuelle qui se tiendra à Vancouver et où nous avons invité le sénateur Kirby à prendre la parole. Nous avons tout organisé.

Nous échangeons — excusez ce cliché, mais je n'ai pas mieux — sur les pratiques exemplaires. Nous cherchons à savoir ce que les autres font, dans le cadre du programme Coast à Hamilton, du programme Car 87 à Vancouver et de divers programmes offerts un peu partout et qui sont plutôt bons. Tous ces programmes visent un même objectif, mais obéissent à des modèles légèrement différents.

Nous sommes effectivement un groupe de liaison, d'où le nom que nous portons. Nous nous réunissons, nous communiquons entre nous et nous explorons divers dossiers. Nous avons suscité

row because they experience similar problems to the rest of us. We had people from the United States attend last year.

We are a group that shares, mostly at the annual conference, but Dr. Cotton has established a list, and I think a couple of hundred people contribute to that, and different issues are debated, depending on what is the hot topic in any particular jurisdiction. They look for input from other people, both mental health workers and police, across the country.

Senator Cochrane: You have passed on down through the system some of the positive things that have come out of this and a lot of them have worked?

Mr. Coleman: That is correct, but certainly, I can only speak from the police side.

For example, we have a provincial police college in Saskatchewan, and representatives from that college, with some encouragement from me, attended our conferences and have restructured their training for recruits and in-service people around this very issue. We try to disseminate knowledge and support people, yes.

Senator Cochrane: That is wonderful. You mentioned in your opening remarks that the police are probably not the right people to call on for these problems, and that you get calls frequently. My first reaction is that it is probably because you are the most accessible, with the 24-hour service and the 1-800 numbers. Is that why? Do you have any suggestions about who people should call? What should they do when they need help?

Mr. Coleman: Well, at the risk of sounding a little naive, if there were sufficient support services in our communities we would probably not encounter many of these people, if any, in a utopian situation.

Many of the people we encounter are on the street, although not all by any means. They cannot call a mental health worker or even the emergency ward at the hospital, because they do not have the resources in a crisis to go out and meet these people.

We accept that there is a role for us in the initial interaction to try to stabilize a situation. We try to make sure that these people then get the appropriate services, and that becomes frustrating because, and at the risk of sounding like a whining cop, we have spent far too many hours in emergency wards.

If we could just get emergency-ward doctors to understand a little about this, because we witness those doctors in hospitals who are very busy fixing broken legs, bleeding, heart attacks and everything else. The person in crisis is guarded by two police officers because in many cases, hospitals have laid off their

l'attention de gens à l'étranger. Ainsi, on est venu nous voir d'Irlande, il y a deux ans, parce que les gens là-bas avaient les mêmes problèmes que nous tous ici. Nous avons également accueilli des Américains l'année dernière.

Notre groupe échange des informations, principalement lors des conférences annuelles, mais le Dr Cotton a dressé une liste de 200 personnes environ qui contribuent à tout ce travail, et nous débattons des différentes questions qui nous sont soumises, selon le sujet qui préoccupe plus particulièrement tel ou tel corps policier. Nous cherchons à obtenir des réponses en nous adressant aux autres, tant aux travailleurs de la santé mentale qu'aux autres policiers, de partout au Canada.

Le sénateur Cochrane : Avez-vous communiqué ailleurs dans le système certains des éléments positifs que vous avez établis dans ce cadre et sur lequel vous avez été nombreux à travailler?

M. Coleman : Effectivement, mais je ne peux vous parler qu'en ce qui concerne la police.

J'ai, par exemple, encouragé des représentants de notre collège provincial de la police, en Saskatchewan, à participer à nos conférences et ces gens-là ont restructuré la formation des recrues et des agents en service en fonction des problèmes que nous abordons. Nous essayons de faire circuler l'information et nous donnons un coup de main aux gens.

Le sénateur Cochrane : C'est merveilleux. Dans votre exposé, vous avez dit que la police n'est pas la mieux placée pour intervenir face à ce genre de problème, mais qu'on vous appelle pourtant souvent. J'aurais tendance à dire que cela tient sans doute au fait que c'est parce que vous êtes les plus facilement accessibles, que vous avez un service de 24 heures sur 24 et que vous avez des lignes 1-800. N'est-ce pas? Où pensez-vous que les gens devraient appeler? Que devraient-ils faire s'ils ont besoin d'aide?

M. Coleman : Eh bien, je vous paraîtrai peut-être un peu naïf, mais s'il existait suffisamment de services de soutien dans nos collectivités, nous ne tomberions sans doute pas sur autant de gens dans cette situation. Mais c'est une vision utopique.

La plupart, la plupart des personnes souffrant de maladie mentale auprès de qui nous intervenons sont dans la rue, mais ce n'est pas le cas de tout le monde bien sûr. Elles ne peuvent pas recourir à un travailleur de la santé mentale ni même se présenter à une salle d'urgence, parce qu'il n'y a pas les ressources nécessaires en situation de crise.

Nous reconnaissons devoir jouer un rôle de première intervention pour stabiliser la situation. Nous essayons de faire en sorte que les gens obtiennent les services qu'il leur faut, mais ce qu'il y a de frustrant, et je vais peut-être passer pour un policier rouspéteur, nous passons beaucoup trop d'heures dans les salles d'urgence.

Ce serait bien si vous pouviez amener les urgentologues à mieux comprendre ce genre de situation, parce que nous voyons bien les médecins dans les hôpitaux qui sont très occupés à réparer une jambe cassée, à arrêter un saignement, à intervenir en cas de crise cardiaque ou autres. La personne qui est en crise est

security staff, so there are no in-house people to look after these situations. We end up spending our time at the hospitals guarding these people, and you have heard that from my colleagues here.

In the ideal world, we would not encounter these people under most circumstances. The next best thing is if, after we have stabilized and assessed the situation, we can then refer the person to somebody better equipped. The Montreal model I recommend is excellent, and there are other models around the country that do that, but it is not universal by any means.

Senator Cochrane: We heard some sad cases yesterday and people are saying that they are just not getting the service that they should, that they deserve. From your experience of bringing these people to the hospital, are the doctors looking on these people as regular patients?

Mr. Ryan: No.

Senator Cochrane: Because of stigma, is it?

Mr. Ryan: Well, in our experience, they are bumped to the end of the line, and if someone else comes in, they are bumped back even further. That is understandable, in the sense that —

Senator Cochrane: Not because of real emergencies.

Mr. Ryan: Oftentimes not. When we look at our advanced society today, it is a sad state of affairs when someone who may be suffering from a breathing problem or some physiological ailment can call an ambulance and receive medical attention, but yet people suffering a mental health crisis invariably call the police. It is horrible.

Mr. Arruda: I would just like to add that there is a paradox in that. When police officers bring people into the hospital who are mentally ill, who want to commit suicide, it is because there is a serious danger to their health. Yet when we get there, the doctors or the medical personnel do not see it as a danger, and so the broken leg or the cuts become a priority and are treated first, even when there is an actual life in danger, and this is what frustrates police officers.

We bring them in because there is a serious danger, and once we get to the hospital, they are categorized a 4 or a 5, which is the lowest priority given. Often, when these people are left there or go in by themselves, they wait two, three, four hours — and these are people in serious crisis. There are quite a few who leave and commit suicide because they did not get the attention they needed.

Mr. Ryan: To add to what Agent Arruda was saying, how could we ever find out why somebody committed suicide? In talking to the people who have attempted it and trying to understand their mindset, it was not necessarily for any particular reason. It was simply that there was no network, they had nowhere to go, and there was nobody willing to accept them. The

encadrée par deux agents de police parce que, trop souvent, les hôpitaux se sont départis de leur personnel de sécurité et qu'il n'y a plus personne sur place pour jouer ce rôle. Nous nous retrouvons à passer tout notre temps dans des salles d'hôpitaux à garder ces gens-là, mais mes collègues vous en ont parlé.

Dans un monde idéal, nous ne tomberions pas sur ce genre de personnes dans la plupart des cas. Pour nous, le mieux consisterait, en deuxième lieu, après avoir stabilisé et évalué la situation, à renvoyer l'individu vers quelqu'un mieux outillé que nous. Je dirais que le modèle de Montréal est excellent, mais il existe d'autres modèles au pays qui donnent les mêmes résultats; il n'y a rien d'universel dans ce domaine.

Le sénateur Cochrane : Hier, nous avons entendu parler de certains cas plutôt tristes, les gens affirmant qu'ils n'obtiennent pas le service qu'ils mériteraient. D'après ce que vous avez vu, après avoir accompagné ce genre de personnes dans les hôpitaux, est-ce que les médecins les traitent comme les autres patients?

M. Ryan : Non!

Le sénateur Cochrane : À cause de la stigmatisation, n'est-ce pas?

M. Ryan : Eh bien, nous avons constaté qu'on les traite en tout dernier et que, si quelqu'un se présente, on les fait passer encore derrière tout le monde. C'est incompréhensible, parce que...

Le sénateur Cochrane : Parce qu'il ne s'agit pas de véritables urgences.

M. Ryan : Rarement. Il est triste, dans la société avancée dans laquelle nous vivons, de constater que l'on peut souffrir d'un problème respiratoire ou d'autres maux d'ordre physiologique et appeler une ambulance pour recevoir une attention médicale, mais qu'on appelle systématiquement la police dès que quelqu'un est en détresse psychologique. C'est horrible.

M. Arruda : Je tiens à souligner un paradoxe ici. Quand les policiers accompagnent à l'hôpital une personne qui a des problèmes de santé mentale, qui veut se suicider, c'est parce qu'il existe un danger grave pour sa santé. Pourtant, quand nous arrivons sur place, les médecins et le personnel médical ne voient pas le danger et ils traitent en priorité une jambe cassée ou une lésion cutanée, même si notre client est vraiment en danger de mort, ce que les policiers trouvent frustrant.

Nous accompagnons ces patients parce qu'ils sont en danger grave et, une fois que nous arrivons à l'hôpital, on les classe catégorie 4 ou 5, ce qui correspond à la priorité la moins élevée. Souvent, quand nous laissons ces gens-là sur place, ou qu'ils y vont tout seuls, ils doivent attendre deux, trois ou quatre heures; or ce sont des personnes qui sont en situation de crise grave. Il y en a quelques-unes qui s'en vont et qui vont se suicider, parce qu'elles ne reçoivent pas l'attention dont elles ont besoin.

M. Ryan : Pour ajouter à ce que vient de dire l'agent Arruda, je dirais qu'il n'est pas possible de savoir pourquoi une personne se suicide. Quand nous parlons avec des gens qui ont essayé de se suicider et que nous essayons de comprendre leur raisonnement, on s'aperçoit qu'il n'y avait pas forcément de raison particulière. C'était simplement qu'il n'y avait pas de réseau à leur disposition,

infrastructure is not in place and we are losing Canadians every day. We sit back and try to determine why they have done that horrible thing, but I would submit, ladies and gentlemen, that it is simply because, in many cases, there is no help for them.

Senator Cochrane: Chief Coleman, would you say that is the case across the country?

Mr. Coleman: I would, yes. Of course, we get to meet police officers and mental health workers from across the country through our conference, and when the experiences are shared, informally and formally, and through our listserv, I would say that is representative of the country as a whole.

Senator Cochrane: Do you have an idea of what percentage of your budget is spent on mental health issues?

Mr. Coleman: Well, codifying our interactions with people with mental illness becomes problematic and is a hit-and-miss situation, so when we go into our databases, as wonderful as they are at storing all sorts of information, if it is not entered correctly, we cannot retrieve it.

It shows up in a variety of ways. We may get a call about a disturbance at the 7-Eleven or about damage being done to somebody's car. It is not necessarily coded at any point as an incident involving a person who is mentally ill. We can usually give you an assessment of how much time we spend sitting in hospitals waiting for the appropriate people to deal with the situation.

The study that I told you about in London, Ontario, is a structured, sound, scientific study. They took the material from the London police database and have done a really good job. I cannot remember the figures. As I said before, I would recommend that you look at that study. I have read it and I have a copy here — it was shared with me just for information — and it is representative. It is relative, depending on the size of the service, but I consider it to be representative of what is happening across the country, and it is substantial.

Senator Cochrane: Okay. We will get that.

Senator Keon: First of all, thank you very much for being here. I am a medical doctor, a surgeon, and in the course of my training, I had to spend a lot of time in emergency rooms training in surgery, and I can confirm that when you people brought somebody in who had to be restrained, you just stayed there, because it seemed we could do something useful for the other people and did not know what to do with the person you were looking after.

qu'ils n'avaient nulle part où aller et que personne n'était prêt à les accueillir. Nous n'avons pas d'infrastructure en place et, à cause de cela, des Canadiens et des Canadiennes meurent chaque jour. Nous sommes là, à essayer de déterminer pourquoi ils ont commis quelque chose d'aussi horrible, mais selon moi, mesdames et messieurs, c'est simplement parce que dans bien des cas, il n'y avait personne pour les aider.

Le sénateur Cochrane : Chef Coleman, diriez-vous que c'est le cas un peu partout au pays?

M. Coleman : Certainement. Bien sûr, nous rencontrons des policiers et des travailleurs de la santé mentale d'un peu partout au pays lors de nos conférences et quand nous échangeons à propos de nos expériences, officieusement ou officiellement, ou encore par courrier électronique, nous constatons que cette situation est à peu près la même partout.

Le sénateur Cochrane : Avez-vous une idée du pourcentage de votre budget que vous consacrez aux questions de santé mentale?

M. Coleman : Il devient problématique de codifier nos interventions auprès de personnes souffrant de maladie mentale, parce que nous progressons à tâtonnement et ainsi, quand nous consultons nos bases de données, toutes aussi fabuleuses soient-elles, les informations ne sont pas forcément chargées et nous ne pouvons pas les exploiter.

Nos services prennent diverses formes. Nous pouvons recevoir un appel concernant des problèmes dans un dépanneur ou à cause de dégâts occasionnés à une voiture. Ce n'est pas nécessairement codifié comme un incident qui concerne une personne atteinte de troubles mentaux. En revanche, nous pourrions vous donner une idée du temps que nous passons dans les hôpitaux à attendre que les professionnels de la santé prennent la relève des policiers.

L'étude dont je vous ai parlé, celle de London en Ontario, est très structurée, elle est solide, elle est scientifique. Les auteurs ont consulté la base de données de la police de London et ont effectué un superbe travail. Je ne me rappelle pas les chiffres. Comme je le disais plus tôt, je vous recommande de prendre connaissance de ce rapport. Je l'ai lu et j'en ai un exemplaire ici — on me l'a communiqué à titre d'information — et je trouve qu'il est très représentatif de la situation. Tout est relatif, selon la taille du service concerné, mais j'estime qu'il est assez représentatif de ce qui se passe un peu partout au Canada et il est très fouillé.

Le sénateur Cochrane : Très bien. Nous allons nous le procurer.

Le sénateur Keon : Je tiens tout d'abord à vous remercier pour votre présence. Je suis médecin, chirurgien et, dans le cadre de ma formation, j'ai passé beaucoup de temps dans les salles d'urgence, quand j'étudiais la chirurgie, et je peux effectivement vous confirmer que lorsqu'on nous amenait quelqu'un qu'il fallait attacher, nous demandions que les policiers restent là, parce qu'il nous semblait que ce serait bien pour les autres et que nous ne savions pas que faire de cette personne dont les policiers s'occupaient.

I have always had the greatest admiration for the police, who have to act sometimes in a terrible situation where people are being violent, and the next minute they have to act with compassion. I will tell you a little story that is not relevant, but I will tell it anyway.

About 25 years ago, two heavily armed young men robbed a bank in Ottawa, the police were called and entered the bank, gunfire was exchanged, and one of the robbers was hit in the head and the other in the chest. The operational frame of mind of those police officers flipped in a split second, and they took the two young men out and put them in the back of the cruiser. They did not call an ambulance, and they radioed ahead that they had one person with a head wound and one with a chest wound.

I was contacted immediately, and I said, "Bring the fellow with the chest wound directly to the operating room. Do not stop in emergency," and when they got him to the operating room, his heart had stopped. He was shot through the heart, but we were able to restart his heart and suture the front and back of it, and he eventually stood trial and served his time. When he got out of jail, he came to see me and told me that he intended to lead a useful and productive life.

I have lost track of him. I do not know what became of him, but I thought it was such a classic example of the range of operational mindsets with which police officers have to deal. One second they are defending the employees of a bank, with bullets going in every direction. The next second, they turn with total compassion to the people lying on the floor who were shooting at everybody.

Now I want to turn to the system. If we can accomplish what we want to do, by next fall, we will have outlined a structural framework and, hopefully, a national strategy for dealing with mental health in Canada; and we will have defined, I hope, the necessary components, from forensic custodial facilities to community facilities.

There is a tremendous opportunity now to do this correctly, particularly in the design of community facilities that will include hospital facilities, primary care facilities and home care. I think from your point of view, it would be useful if we involved the emergency services people, because I have spent a great deal of time since 9/11 and SARS sitting on committees working on the design of emergency service systems in Canada. I believe we will surface with realistic emergency service systems, as you said, Officer Ryan, especially in the cities. It will be more difficult in the small communities, but at least in the cities, I can assure you we will look at that aspect to see what can be done.

J'ai toujours eu la plus grande admiration pour les policiers qui doivent parfois intervenir dans des situations terribles, des situations de violence, et qui l'instant d'après doivent agir avec compassion. Je vais vous raconter une petite histoire, qui est sans rapport immédiat avec notre propos, mais peu importe.

Il y a quelque 25 ans, deux jeunes hommes fortement armés ont volé une banque à Ottawa. La police a été appelée, elle a pénétré dans la banque, il y a eu des échanges de coups de feu, l'un des voleurs a été touché à la tête et l'autre au thorax. En une fraction de seconde, les policiers qui étaient sur place ont changé d'état d'esprit, ils ont sorti les deux jeunes hommes et les ont transportés dans l'arrière de leur auto-patrouille. Ils n'ont pas appelé l'ambulance et ils ont prévenu l'hôpital d'avance qu'ils transportaient deux blessés, l'un à la tête, l'autre à la poitrine.

On m'a appelé tout de suite et j'ai répondu: « Transportez tout de suite celui qui est blessé à la poitrine dans la salle d'opération. Ne vous arrêtez pas dans la salle d'urgence », et les policiers se sont présentés avec lui dans la salle d'opération. Là, son cœur s'est arrêté. Il avait été touché au cœur, mais nous avons réussi à le ranimer et à refermer les plaies aux points d'entrée et de sortie, après quoi il s'est remis et a fait son temps en prison. Quand il est sorti, il est venu me voir et m'a dit qu'il avait l'intention d'entreprendre une vie productive.

J'ai perdu sa trace. Je ne sais pas ce qu'il est devenu, mais je pense que c'est un cas classique de changements rapide d'état d'esprit de la part de policiers. À un moment ils défendaient des employés de la banque, parce que les balles volaient dans toutes les directions et, l'instant d'après, ils ont fait preuve d'une compassion totale envers des voleurs qui reposaient par terre, même s'ils avaient tiré sur tout le monde l'instant d'avant.

Je vais maintenant parler du système. Si nous parvenons à faire ce que nous voulons faire d'ici l'automne prochain, nous aurons proposé un cadre structurel et, nous l'espérons, élaboré une stratégie nationale pour s'attaquer à la question de la santé mentale au Canada; nous aurons aussi, je l'espère, défini les éléments essentiels de ce système, des installations de garde judiciaire jusqu'aux installations communautaires.

Nous avons l'occasion de faire cela correctement, surtout pour ce qui est des installations communautaires, ce qui s'entend des hôpitaux, des établissements de soins primaires et des soins à domicile. Je pense que votre point de vue pourrait nous être très utile si nous devions faire appel aux urgentologues, parce que nous avons consacré beaucoup de temps, depuis le 11 septembre et le problème du SRAS, dans nos comités, à travailler sur la conception de systèmes de services d'urgence au Canada. Je crois que nous parviendrons à proposer des systèmes de services d'urgence qui soient assez réalistes, comme vous le disiez, agent Ryan, surtout dans les villes. En revanche, la chose risque d'être plus difficile dans les petites collectivités mais dans les villes au moins, je peux vous garantir que nous ne laisserons rien au hasard pour voir ce qui peut être fait.

It would be worthwhile to bring in the emergency services arm and see how it can be integrated into community, hospital and police services, so that your officers know exactly where to go or who to call when they are confronted with a street person or somebody who is violent.

I would like to hear all three of you respond to that.

Mr. Ryan: Thank you, senator, for your kind words; we welcome every shot in the arm that we can get.

There is a framework and a system in place in major centres so that officers know where to go from a standard operating procedure point of view. As I said, prior to the judicial inquiry that dealt with the two shootings, our only recourse was to detain people in the city lockup until they were seen by a psychiatrist. Thankfully, that has changed. You are right, there needs to be a connection between all the emergency services.

Where we are running into difficulties, as I said earlier, is in the exchange of information and the restrictions placed on agencies as to how and when they can share it. When you call someone at three o'clock in the morning to make a decision on giving information out on whether Sean Ryan has a propensity for violence or has any specific diagnosis, then that is not always readily available. That is one of the key components necessary to link up a multi-agency response.

Society expects us to be omnipotent, omnipresent, telepathic, and be doctors, lawyers, priests and counsellors. We welcome that responsibility, quite honestly, but we are human too, and this forum gives us the opportunity to say that at times we get tired.

Senator, I certainly endorse and support what you are saying about the necessity of inter-agency connections to formulate an effective response, but the first issue that springs to my mind is information sharing, so that may be something that you could speak to in your report.

Mr. Coleman: I include — I think you do — the staff in emergency wards in the emergency services group. They are wonderful people, overworked, and we do not want to sound as if we are dumping on them, but I think an increased awareness would be useful for many of them.

I go back to a previous situation. Back in 1978 in Calgary, I was one of four police officers who formed what turned out to be the first sexual assault investigation unit in Canada. We were trying to improve the way in which sexual assaults were investigated. That had not been done terribly well in the past, partly out of ignorance, partly out of lack of resources. We were looking for best evidence, which in many of those cases, if not most of them, comes from our emergency ward doctors who examine victims after they are brought in. One of my colleagues developed what we now call a sexual assault kit, with all the

Il serait utile de faire intervenir les gens des services d'urgence pour voir comment les faire fonctionner avec les services communautaires, hospitaliers et policiers en sorte que vos agents sachent exactement où aller ou qui appeler quand ils tombent sur quelqu'un dans la rue ou sur une personne violente.

J'aimerais que vous répondiez tous les trois à cela.

M. Ryan : Merci, sénateur, pour vos aimables propos. Nous accepterons toute l'aide qui pourra nous être donnée.

Il existe un cadre et un système dans les grands centres grâce auxquels les policiers savent où aller, dans le cadre des procédures normales. Comme je le disais, avant l'enquête judiciaire au sujet des deux morts par balle, notre seul recours était de détenir les gens dans les prisons de la ville jusqu'à ce qu'ils voient un psychiatre. Dieu merci, cela a changé. Vous avez raison, il faut établir un lien entre tous les services d'urgence.

Comme je le disais plus tôt également, nous nous heurtons à certaines difficultés, soit la circulation de l'information et les restrictions imposées aux organismes sur la façon de communiquer cette information et le moment de le faire. Quand vous appelez quelqu'un à 3 h du matin pour voir s'il peut communiquer une information qui va permettre de déterminer si Sean Ryan a un penchant pour la violence ou si un diagnostic particulier a été établi dans son cas, ce n'est pas toujours facile. C'est un des éléments clés nécessaire dans l'instauration d'une réaction qui devra faire intervenir plusieurs organismes.

La société s'attend à ce que nous soyons omnipotents, omniprésents, télépathiques, que nous soyons des médecins, des avocats, des prêtres et des conseillers. Nous acceptons cette responsabilité avec plaisir, avec honnêteté, mais nous sommes des êtres humains et cette tribune nous donne d'ailleurs l'occasion, aujourd'hui, de vous dire que parfois nous sommes fatigués de tout cela.

Sénateur, je suis d'accord avec ce que vous dites quant à la nécessité d'établir des liens entre les divers organismes concernés pour parvenir à une réponse efficace, mais la toute première question qui me vient à l'esprit, c'est celle de la communication de l'information et vous devriez peut-être en parler dans votre rapport.

M. Coleman : J'inclus — et je pense que vous le faites — le personnel des salles d'urgence parmi les groupes chargés des services d'urgence. Ce sont des gens merveilleux, surchargés, et nous ne voulons pas vous donner l'impression que nous voulons nous déverser sur eux, mais il faudrait les sensibiliser en plus grand nombre.

Permettez-moi de faire un retour en arrière. En 1978, à Calgary, j'étais l'un des quatre policiers à avoir constitué ce qui a été la toute première unité d'enquête pour agression sexuelle au Canada. Nous voulions améliorer la façon dont ce faisaient les enquêtes dans ce domaine. Avant cela, les choses ne se passaient pas très bien, en partie à cause de notre ignorance et en partie parce que nous n'avions pas les ressources voulues. Nous cherchions les meilleures preuves possibles qui, dans bien des cas pour ne pas dire dans la plupart des cas émanent des médecins urgentologues qui examinent les victimes. L'un de mes collègues a

appropriate swabs and other things to collect the evidence. However, this was pretty foreign to the doctors in our emergency wards, and Calgary had quite a few hospitals and a lot of emergency doctors.

With the cooperation of the hospitals, we spent a lot of time working with the doctors and explaining to them — training them, if you want. There is a medical school at the University of Calgary and we got on their agenda. Once a year, we would go to speak to doctors who were about to graduate or go out into the hospitals and explain to them what we were looking for, how this worked and its importance, and that was very beneficial. We developed some useful rapport with doctors in those emergency wards around the issue of sexual assaults.

I think it would be very useful to do something similar around the issue of mental illness and share with them our role in this to try to build a better relationship for the benefit of the mentally ill person.

I want to talk a little about the sharing of information, though. The various privacy acts across the country are somewhat frustrating, in that they have limited some of the information that can be shared, and maybe some of it was shared inappropriately in the past — I am not privy to those particulars. I find that although there are provisions in the various pieces of legislation to allow for the sharing of information under certain circumstances, the staff in the medical business particularly, and that includes the paramedics, the ambulance personnel, are scared silly of the legislation and actually overreact. They tell you, “I cannot share this because of this act.”

If you chase it down and talk to somebody in a position of authority in a health region, they will say “Oh no, under those circumstances, they could have shared this” because of this, that and the other. Because they do not want to be disciplined or lose their job or whatever they see as the consequences, people often overreact to some of the provisions in that legislation and then we do not get the information and cannot help people.

Mr. Arruda: Actually, in Montreal, we have started gathering all the people in emergency services together. We have, as I mentioned before, a local police/mental health liaison committee that includes all the emergency services people, the police officers, the ambulance technicians, people from the government health department and also doctors. We get together to discuss how can we improve our services.

We have noticed that information does come forward more easily. Without going into specifics, there is less constraint. They know the people whom they are dealing with, so emergency

élaboré ce que nous appelons maintenant la trousse de l'agression sexuelle qui comporte tous les cotons-tiges appropriés et tout ce qu'il faut pour recueillir les preuves. Or, tout cela était plutôt étrange pour les urgentologues et il se trouve que nous avons pas mal d'hôpitaux et beaucoup d'urgentologues à Calgary.

Grâce à la collaboration des hôpitaux, nous avons passé du temps au contact des médecins pour leur expliquer — en quelque sorte pour les former. Nous avons même fait inscrire ce genre de séances d'information au programme de l'école de médecine de l'Université de Calgary. Une fois par an, nous prenons la parole devant les futurs médecins pour leur expliquer ce que nous cherchons, comment les choses fonctionnent, pourquoi c'est important et tous les avantages que nous pouvons en tirer. Nous avons instauré des rapports très intéressants avec les médecins dans ces salles d'urgence à l'occasion de problèmes d'agression sexuelle.

Je pense qu'il serait très utile de faire quelque chose d'à peu près semblable dans le domaine de la maladie mentale et de faire part au corps médical du rôle que nous jouons à cet égard afin d'essayer d'instaurer de meilleures relations pour le plus grand bénéfice des personnes souffrant de troubles mentaux.

Je vais vous parler un peu de la communication de l'information, à présent. Les différentes lois sur la protection de la vie privée en vigueur au Canada sont source de frustration, parce qu'elles ont limité le genre d'information que l'on peut communiquer, mais il est possible que des erreurs aient été commises dans le passé, bien que je ne sois pas au courant des détails. Bien qu'il existe des dispositions dans les diverses mesures législatives en question qui permettent de communiquer des renseignements dans certaines circonstances, le personnel du milieu médical en particulier, ce qui s'entend des secouristes, du personnel ambulancier notamment, sont paralysés par cette loi et réagissent de façon excessive. Ils nous disent qu'ils ne peuvent pas nous communiquer ceci ou cela à cause de la loi.

Dès que l'on fouille un peu et que l'on s'adresse à quelqu'un assez haut dans la hiérarchie, dans le domaine de la santé, on nous dit « dans ce genre de circonstances, ils peuvent vous communiquer cette information » parce que ceci et parce que cela. Or, ces gens-là ne veulent pas risquer de se faire rappeler à l'ordre ou de perdre leur emploi pour avoir enfreint les dispositions d'une loi et, au bout du compte, nous n'obtenons pas l'information qui nous aurait permis d'aider des gens.

M. Arruda : En fait, à Montréal, nous avons commencé à rassembler les gens qui travaillent dans les services d'urgence. Comme je le disais plus tôt, nous avons mis sur pied un comité de liaison entre le domaine de la santé mentale et les services locaux de police, comité auquel siègent des gens travaillant dans les services d'urgence, des policiers, des techniciens ambulanciers, des représentants du ministère de la Santé et des médecins. Nous discutons de la façon dont nous pourrions améliorer nos services.

Nous avons constaté que les informations nous sont communiquées plus facilement. Sans entrer dans le détail, disons qu'il y a moins de barrière. Les gens savent à qui ils

committees do work very well and should be spread throughout the country.

Senator Callbeck: Welcome.

I want to come back to C-10, which was mentioned a few minutes ago, and which is before the Senate right now. It is an amendment to the Criminal Code dealing with people who are unfit to stand trial or are found not criminally responsible. The bill gives a lot of new powers to the review board, it deals with victim impact statements and so on, and the police have also been given some new powers. It gives them more options when they arrest someone who is in contravention of a disposition.

To give you a little background, back in 1992 there was an amendment to the Criminal Code that had to be reviewed in 10 years, so it was reviewed in 2002 by a House of Commons committee. I know that the police were very much involved in that review, and C-10 is the result.

Were there other amendments that the police would have liked to see that are not in C-10? It would be very helpful to know that because the bill is before the Senate right now, and will be going to a standing committee.

Mr. Ryan: Senator, I was just conversing with my colleague here, and this is news to us. I am not familiar with the development of C-10, nor have I heard within law-enforcement circles about the level of consultation with police. I am not familiar with the nuances of the changes that you have just mentioned, so I cannot comment effectively on that. Chief?

Mr. Coleman: I am a little embarrassed because I am not familiar with C-10 either. I assume, and one should not do that, I suppose, that the Canadian Association of Chiefs of Police law amendments committee has been working with the various authorities on that. We can look at it and come back with a written response to the committee if you wish, but I cannot comment on it.

Senator Callbeck: Who would be the person for me to contact to find out about that?

Mr. Coleman: In what respect, ma'am?

Senator Callbeck: Whether there were any suggestions or recommendations put forward by the police association that they wanted incorporated into C-10 and that are not there.

Mr. Coleman: You can use me as the conduit. I will contact the law amendments committee of the Canadian Association of Chiefs of Police, which is in Ottawa, and they are very active in the area of new legislation and amendments to legislation. I will find out what submissions they made, or if they have even been asked for any submissions.

Senator Callbeck: Thank you.

s'adressent désormais ce qui veut dire que les comités d'urgence donnent de bons résultats et qu'il conviendrait de les étendre à l'échelle du pays.

Le sénateur Callbeck : Bienvenue, monsieur.

Je veux revenir au projet de loi C-10 dont on a parlé il y a quelques minutes et qui se trouve actuellement devant le Sénat. Cette loi modifie le Code criminel dans le cas des personnes qui ne sont pas aptes à subir un procès ou que l'on juge criminellement non responsables. Le projet de loi confère beaucoup de pouvoirs aux commissions d'examen, il y est question des déclarations des victimes, et cetera, et il donne plus de pouvoirs à la police. Il lui donne notamment plusieurs possibilités quant elle arrête quelqu'un qui a enfreint une disposition.

Je vais vous situer un peu en contexte. En 1992, nous avons adopté un amendement au Code criminel qui devait être examiné au bout de 10 ans, ce qu'un comité de la Chambre des communes a fait en 2002. Je sais que la police a beaucoup participé à cet examen qui a débouché sur le projet de loi C-10.

Y a-t-il d'autres amendements que la police aurait souhaité et qui n'apparaissent pas dans le projet de loi C-10? Ce serait utile à savoir, parce que ce projet de loi se trouve maintenant devant le Sénat et qu'il va être soumis à un comité permanent.

M. Ryan : Sénateur, j'étais en train de parler avec mon collègue et nous nous disions que tout cela était nouveau pour nous. Je ne suis pas au courant de l'évolution du projet de loi C-10 et, dans les cercles policiers, je n'ai jamais entendu parler de quelque consultation que ce soit à ce sujet. Je ne connais pas les nuances des changements dont vous venez de parler et je ne pourrai donc pas réagir en toute connaissance de cause. Chef?

M. Coleman : Je suis un peu gêné parce que, moi non plus, je ne connais pas le projet de loi C-10. Je suppose que le comité d'amendement des lois de l'Association canadienne des chefs de police travaille avec les autorités concernées à ce sujet. Nous pourrions examiner la chose et vous répondre par écrit, si vous le désirez, mais je ne peux vous en parler tout de suite.

Le sénateur Callbeck : Qui devrais-je contacter pour obtenir des renseignements à ce sujet?

M. Coleman : À quel égard, madame?

Le sénateur Callbeck : Pour savoir si l'association de police veut faire des suggestions ou des recommandations dont nous devrions tenir compte dans le projet de loi C-10 à propos de choses qui ne sont pas déjà là.

M. Coleman : Je pourrais vous servir d'intermédiaire. Je communiquerais avec le comité d'amendement des lois de l'Association canadienne des chefs de police, qui se trouve à Ottawa, et qui est très active dans le domaine des nouvelles lois et de la modification des lois existantes. Je verrai quelle soumission ces gens-là ont faite et si on les a même invités à intervenir.

Le sénateur Callbeck : Merci.

Senator Cordy: My question will be very quick because you actually dealt with it already, and that was the breaking down of barriers, which I think is so important. It took 9/11 to get government departments to talk to one another about security in our country, but 9/11s are happening every day in the field of mental health.

How do we go about balancing the privacy of the individual, which is a big issue, with what is in the best interest of that individual and finding help? I just think we should let people know how important the role of the police officer is in mental health issues, because we talk about primary care doctors as the first step, but in fact, you are the first step in many situations that the mentally ill person deals with, and how do you get the information? You said the people at the top know that the information can be shared, but yet the emergency services people do not have it.

Mr. Ryan: As Chief Coleman mentioned, there are provisions within our respective privacy acts that allow for the sharing of information when there are emergent issues, but this is not transferred to the worker who is called into the middle of the night, in terms of educating them as to what they can and cannot do. As Chief Coleman alluded to, it works its way down in the form of, "Well, I would rather say nothing and be perceived as a fool than open my mouth and remove all doubts." That is the position that some of them adopt, very innocently, based on the fear of repercussions.

Senator Cordy: And you cannot really blame them.

Mr. Ryan: You cannot, but there is, moreover, an onus on the employer, the people at the top.

As we have said, the CEOs and the COOs — whatever acronym they give themselves — are aware of the specifics of the regulations that are applicable to them, but it seems not to find its way down to the factory worker on the floor who needs to know; and at three or four in the morning, we are talking to the factory worker on the floor.

Senator Cordy: You have raised an excellent point, so thank you so much for today's presentation. It has been invaluable.

Senator Trenholme Counsell: Thank you, Chair, colleagues, and very distinguished members of the policing community across Canada.

I just want to make one comment on what you said about help not being there in the case of suicide. I am a family doctor by training and I would say there is a great difference between those who threaten suicide, talk about it, cut their wrists, so on and so forth, and those who actually commit suicide. In so many cases, help is there, it has been offered, and I just have the feeling that when that mindset is there — now the mind may be only set for 15 minutes or for two hours, or it might have been set for several

Le sénateur Cordy : Ma question sera assez brève, parce que vous en avez déjà un peu parlé, il s'agit de la question des obstacles qui est très importante. Il a fallu le 11 septembre 2001 pour que les ministères fédéraux commencent à se parler sur les questions de sécurité au Canada, mais des 11 septembre, il en arrive tous les jours dans le domaine de la santé mentale.

Comment allons-nous réaliser l'équilibre entre la protection de la vie privée des gens, qui est très importante, et la protection des intérêts du patient qui veut dire obtenir de l'aide? Je pense que nous devrions faire connaître l'importance du rôle assumé par les policiers dans le domaine de la santé mentale, parce que nous parlons toujours des médecins dans le secteur des soins primaires, qui sont en première ligne, mais en fait c'est vous qui vous trouvez en première ligne dans bien des cas, en présence de personnes atteintes de maladie mentale. Comment pouvez-vous obtenir l'information? Vous avez dit que les gens au sommet de la hiérarchie savent quelle information ils peuvent communiquer, mais que dans les services d'urgence, les gens ne le savent pas.

M. Ryan : Comme le disait le chef Coleman, nos lois respectives sur la protection de la vie privée renferment des dispositions qui permettent la communication d'information en cas d'urgence, mais cela n'est pas connu aux travailleurs que l'on appelle en pleine nuit, parce qu'ils ne savent pas ce qu'ils peuvent faire et ce qu'ils ne peuvent pas faire. Comme le chef Coleman l'a aussi indiqué, les gens se disent qu'il vaut mieux ne rien dire et passer pour un imbécile que de prendre position et de supprimer ainsi tous les doutes. C'est la position que certains adoptent, sans penser à mal, parce qu'ils craignent des répercussions.

Le sénateur Cordy : Et l'on ne peut pas vraiment les en blâmer.

M. Ryan : Non, sans compter qu'il incombe à l'employeur, à ceux qui sont en haut de la hiérarchie, de régler ce problème.

Comme nous le disions, les PDG et ACO — peu importe les acronymes qu'ils se donnent — connaissent les dispositions réglementaires qui s'appliquent à eux, mais ces dispositions ne semblent pas être communiquées en bas de l'échelle, à ceux et celles qui travaillent sur le plancher de l'usine et qui devraient être au courant. Or, à trois ou quatre heures du matin, c'est nous qui avons à faire aux travailleurs qui assurent le quart de nuit.

Le sénateur Cordy : Vous venez de faire une excellente remarque et je vous remercie aussi pour votre exposé qui va nous être très utile.

Le sénateur Trenholme Counsell : Merci, monsieur le président et chers collègues, et merci à vous distingués membres du milieu policier venus d'un peu partout au Canada.

Je vais faire une remarque à propos de ce que vous avez dit sur le fait que les candidats au suicide n'obtiennent pas toujours de l'aide. Je suis médecin de famille de formation et je dois vous dire qu'il existe une grande différence entre ceux qui menacent de se suicider, qui en parlent, qui s'entaillent les poignets et ainsi de suite, et ceux qui se suicident effectivement. Dans bien des cas, l'aide existe, elle est proposée, mais j'ai l'impression qu'une fois la décision prise — cette décision peut avoir été prise 15 minutes

days — it is very hard to deal with once the person has made that decision.

If we have enough time, I wanted to have a little more discussion of community-based policing because I think that is at the heart of it, and when you come from a small community, as I do, it makes sense. Whether it makes sense in Montreal or Regina or St. John's, Newfoundland, I am not sure.

I wanted to ask you about data sharing. I believe that right across this country you can type in a licence plate number and get a name and some information. Let us say you have intervened in the case of a manic incident with a person who is bipolar. Is there any record on this database that I think you have — and maybe you are not able to tell us what you have — that this person is bipolar or this person is schizophrenic or whatever? Is that in the database?

Mr. Coleman: Well, the short answer is no. Databases that are managed by individual police organizations may have a record of an interaction with a person apprehended under a mental health act order or something similar, but you would not be able to type in and find out that so and so was bipolar.

Senator Trenholme Counsell: If you have something saying “mental health incident,” is that shared only locally, let us say by a municipal police force, or in the case of the RCMP, across the country?

Mr. Coleman: They certainly have a national database, but by and large — and there is a qualification here — the databases are local and unique to each police organization. However, there is a large movement that is slowly rolling out — and I stand to be corrected — and most police services in Ontario are now either linked or in the process of becoming so.

The Solicitor General's department has an integrated data management program. I cannot remember what it is called now; it has one of those catchy acronyms that only government can come up with. There is a movement to try to link databases across the country, although it is very slow and very expensive, but I am not sure that it would address your question.

Senator Trenholme Counsell: Well, Chairman, I was anxious to find this out. I think it is of the utmost importance. Just to give you a very common example that people can understand, I have been involved in cases of diabetics experiencing an insulin reaction, and at one stage in that process, they can become very aggressive. I am thinking of one case amongst many, of a person brought into the emergency department and the assumption was that the individual was being violent. It took a little while to find out that that person was an insulin-dependent diabetic.

avant ou deux heures avant ou peut-être plusieurs jours avant l'acte final — il est très difficile d'arrêter la personne qui a pris cette décision.

Si nous avons assez de temps, j'aimerais que nous discussions un peu des services de police communautaire parce que je pense que c'est au cœur du débat et comme vous venez d'une petite collectivité, tout comme moi, vous savez que ce genre d'opération est logique. Je ne suis cependant pas certain que ce type de service donne les mêmes résultats à Montréal, à Regina ou à St. John's.

Parlons de communication de données. Un peu partout au pays, on peut rentrer un numéro de plaque numéralogique dans un ordinateur et obtenir le nom du propriétaire et d'autres informations. Eh bien, supposons que vous ayez à intervenir dans le cas d'une personne bipolaire en pleine phase maniaque. Cette base de données que vous avez, je pense — et il est possible que vous ne puissiez pas nous en dire plus — renferme-t-elle un dossier indiquant que la personne est bipolaire, qu'elle est schizophrène ou autres? Qu'y a-t-il dans cette base de données?

M. Coleman : Eh bien, la réponse est non. Les bases de données sont administrées par les divers corps policiers, à leur niveau, et elles peuvent contenir un dossier à la suite d'une intervention auprès d'une personne appréhendée en vertu de la Loi sur la santé mentale ou d'une disposition semblable, mais vous ne saurez pas si cette personne était bipolaire.

Le sénateur Trenholme Counsell : Avez-vous une mention du genre « incident lié à la santé mentale » qui circule à l'échelon local, par exemple entre un corps policier municipal et la GRC, un peu partout au pays?

M. Coleman : Il existe une base de données nationale, mais celle-ci est essentiellement d'application locale et elle est particulière à chaque corps policier. Cependant — et que l'on me corrige si je me trompe — la plupart des services policiers en Ontario sont en train de se relier entre eux.

Le ministère du Solliciteur général dispose d'un programme de gestion intégrée des données. Je ne me rappelle pas exactement comment il s'appelle, mais il porte un acronyme accrocheur, que seul le gouvernement peut imaginer. Nous sommes donc en train d'instaurer des liens entre les différentes bases de données au pays, mais ce processus est lent et coûteux et je ne suis pas certain que cela puisse répondre à votre question.

Le sénateur Trenholme Counsell : Monsieur le président, je voulais avoir cette réponse parce que je crois qu'elle est très importante. Je vais vous donner un petit exemple de ce que les gens comprennent, en général. J'ai contribué à des expériences sur les réactions des diabétiques à l'insuline et, à une certaine étape, nous avons constaté que les gens traités ainsi deviennent très agressifs. Je me rappelle notamment cette personne que l'on nous avait amenée au service d'urgence et que l'on avait considérée comme très violente. Il m'a fallu peu de temps pour découvrir que cette personne souffrait d'un diabète de type 1, traité à l'insuline.

I know that in one hospital in New Brunswick, all medical information will be shared now. We are moving on, data will be shared, and I think we as Canadians need to think about that.

May I ask about community-based policing? It is a wonderful philosophy. I have seen it work in some cities in terms of youth and drugs, street crime and so on. Is it what we are after, in the sense that it comes down to individual families on individual streets, individual business owners, and young people as part of families? I know it can be very relevant in town. How relevant is it in our major cities?

Mr. Coleman: It is very relevant and I am glad you raised the issue, because it is a pet peeve of mine that many people do not understand what it is, and if you will just indulge me for a moment, I will share with you the fundamentals of community policing, contemporary policing.

I shared some already — a customer/client focus, consultation and collaboration with the community, quality and valued customer/consumer service, continuous evaluation, continuous improvement and change, teamwork, decentralization of authority and decision-making, total involvement — that is, we are all committed to it — participative leadership, increased communication, internal and external alignment so that our processes inside our organizations line up with what is required on the outside. It is outcome focused; that is, rather than look at how many arrests we have made, for example, we ask what difference we have made in a community. It includes due process, equity and fairness. Those things are relevant to delivering public services.

That is what contemporary policing is all about. That leads you then into the collaboration and the working together with the mentally ill, the health districts, groups such as this. That opens the door, all for the purpose of achieving an outcome; that is, the quality and value of service that the consumer, the client, the community receives.

There is a big misunderstanding, even in my own business, about what community policing actually is.

Senator Trenholme Counsell: Well, I think in the area of mental health, this is the same philosophy we heard from the people from whom we learned so much yesterday. They are individual problems, but they are also community problems, and we listened to sad stories, but also wonderful success stories. In a sense, it was all about community, and it is terribly difficult for you people to work in isolation and not have follow-up.

For instance, I am wondering, if you were called to intervene with somebody who is manic — and we know how horrible that is and it happens often, I am sure, in your lives — do you recommend to your members that some weeks later or when the

Je sais que dans un hôpital du Nouveau-Brunswick, tous les renseignements médicaux sont à présents communiqués au service intéressé. Les choses évoluent, les données vont circuler et je crois que les Canadiennes et les Canadiens doivent réfléchir à tout cela.

Je vais vous poser une question au sujet de votre service de police communautaire qui obéit à une philosophie merveilleuse. J'ai vu ce que cela donne dans certaines villes, dans le cas des jeunes et de la drogue, de la criminalité dans les rues et ainsi de suite. N'est-ce pas ce qu'il nous faut, car les policiers sont ainsi en contact avec chaque famille dans chaque rue, avec chaque propriétaire d'entreprise et que les jeunes font partie des familles contactées? Je sais que cette formule a donné des résultats dans les petites villes, mais qu'en est-il des grands centres?

M. Coleman : Je suis heureux que vous abordiez cette question, qui est pertinente, d'autant que, selon moi, rares sont ceux qui comprennent ce dont il est question et, si vous me le permettez, je vais vous parler du principe de la police de quartier, du maintien de l'ordre contemporain.

D'ailleurs, je vous ai déjà parlé un peu de ces principes : insistance sur le service à la clientèle, consultation et collaboration avec le milieu, qualité et appréciation du service à la clientèle, amélioration et changement continu, travail d'équipe, décentralisation de l'autorité et de la prise de décision, implication totale — ce sont tous des principes envers lesquels nous nous sommes engagés — leadership participatif, amélioration de la communication, alignements internes et externes afin que les processus internes à nos organisations soient alignés sur les besoins extérieurs. La police moderne est axée sur les résultats, autrement dit plutôt que de calculer le nombre d'arrestations effectuées, nous nous demandons quelle différence nous avons apportée dans le milieu. Notre nouveau service repose sur l'application régulière de la loi, sur l'équité et la justice. Ces éléments sont importants dans la prestation d'un service public.

C'est cela le maintien de l'ordre moderne. On en arrive ensuite à la collaboration avec les personnes souffrant de maladie mentale, avec les districts de la santé et des groupes du genre. Cela permet de tendre vers les objectifs visés qui sont la qualité et la valeur du service envers le client, envers la collectivité.

En fait, on comprend assez mal ce que police communautaire veut dire, même dans mon milieu.

Le sénateur Trenholme Counsell : Eh bien, je crois que dans le domaine de la santé mentale, nos témoins d'hier nous ont parlé de la même philosophie. Ils ont des problèmes au niveau individuel, mais il y a aussi des problèmes au niveau communautaire et ils nous ont fait part d'histoires désolantes, mais aussi d'histoires absolument merveilleuses. En un sens, tout cela tournait autour de la notion de communauté, parce qu'il est très difficile pour les gens de travailler en isolement et de ne pas avoir de suivi.

Par exemple, supposons que vous deviez intervenir dans le cas d'une personne qui est en phase maniaque — nous savons à quel point c'est horrible et je suis sûr que cela vous arrive souvent — eh bien, recommandez-vous à vos agents de passer disons

person is out of hospital, that they make any kind of effort to maybe have five minutes with that family, just to reconnect and put things on a different level?

Mr. Arruda: Effectively, part of the community policing philosophy was that we would have follow-up on what was going on. Unfortunately, it does not happen. In theory, it is great; in practice, it is not applicable. It is left to the police officer on the street, who, if he wants to know the outcome, would meet the family.

When we intervene with individuals, they are usually in a crisis and we bring them to the proper authorities. Once they have taken over, we lose contact with the person. We do not go back and see how the person is doing. The mentality was that we would go back and meet with the families and see how the person was doing. In theory, we are supposed to; in practice, it is not happening.

Senator Trenholme Counsell: And we know why, because you are so busy, but these are ideals we are talking about.

Mr. Ryan: I think it is safe to say that what Constable Arruda says is pretty much true nationwide, in the sense that most accredited police agencies embrace a community policing philosophy and would love the opportunity to go back and see how somebody is doing. The work demands just do not allow for it. It is a resources issue, and for the most part, it is not done.

Mr. Coleman: I could just add to that: If people who are mentally ill have been a victims of crime — they have been assaulted, they have been mugged, they have been stabbed, and this often occurs with our street and our homeless people — in many police organizations, and certainly in the one I used to work in and the one I currently work in, victim services organizations, which are composed largely of volunteers, will make some subsequent contact, and if it results in a court case, will even go to court with them and help them work their way through the system.

Victim services programs — and there are many of them across the country — do that follow-up, but only if the person has been a victim of a “crime.”

The Chairman: I thank you all for coming, and I cannot tell you how useful your testimony will be. It is terrific.

In closing, let me make one comment about an issue that we all knew of intellectually, but which the three of you put in excellent perspective. One of you said that if people have a heart attack and are in danger of dying, they call 911. If people are in danger of dying because they are thinking of committing suicide, they call the police. Right there you have the beginning of the dichotomy that mental illness is not really illness, and it continues when you get to the hospital, where you are always put at the very bottom of the list, because, as Senator Keon said, we know what to do with

cinq minutes avec la famille, histoire de rétablir le contact et de placer les choses dans une perspective différente, quelques semaines après l'incident ou quand la personne est sortie de l'hôpital?

M. Arruda : Effectivement, notre philosophie de la police communautaire prévoit que l'on effectue un suivi. Malheureusement, cela ne se fait pas. Le principe est superbe, mais il n'est pas appliqué dans la pratique. Ainsi, il appartient au policier patrouilleur de rencontrer la famille s'il veut savoir ce qu'il est advenu du patient.

Quand nous intervenons auprès des particuliers, qui sont en crise, nous les confions aux autorités appropriées. Une fois le transfert effectué, nous perdons contact avec cette personne. Nous ne revenons pas voir comment elle va. En principe, nous devrions revenir pour rencontrer la famille et voir comment va la personne. En théorie, c'est ce que nous sommes censés faire, mais dans la pratique, cela n'arrive pas.

Le sénateur Trenholme Counsell : Et nous savons pourquoi, c'est parce que vous êtes trop occupés, et tout cela ce sont des idéaux.

M. Ryan : On peut sans doute affirmer que ce que le constable Arruda nous a indiqué est valable à l'échelle nationale, en ce sens que la plupart des organismes policiers accrédités ont adhéré à la philosophie de la police communautaire et qu'ils aimeraient beaucoup avoir la possibilité de revoir la personne pour savoir comment elle va. Or, le travail ne nous le permet pas. Tout cela est une question de ressources et, dans la majorité des cas, ça ne se fait pas.

M. Coleman : J'ajouterais simplement que, si des personnes souffrant de maladie mentale sont victimes de crime — si elles ont été agressées, détroussées ou poignardées, ce qui arrive souvent dans les rues et dans les cas des sans-abri — il est évident que de nombreuses organisations policières, comme celle pour laquelle je travaillais et celle pour laquelle je travaille actuellement, des organisations qui sont axées sur les victimes et qui sont composées d'un grand nombre de bénévoles, il est évident donc que ces organisations prennent contact avec les gens par la suite et, si l'affaire aboutit devant les tribunaux, ils vont même en cour pour les aider et pour les accompagner dans les dédales du système.

Le programme des services aux victimes — en place dans de nombreux endroits au Canada — permet d'assurer ce suivi, mais ce n'est que dans le cas des victimes de « crime ».

Le président : Merci à vous tous de vous être déplacés, vous ne savez pas à quel point vos témoignages nous seront utiles. C'est fantastique.

Pour terminer, je vais faire une remarque sur une question que nous avons tous appréhendée de façon intellectuelle mais que vous avez tous les trois su fort illustrer. L'un de vous a dit que, si une personne a une crise cardiaque et qu'elle risque de mourir, il lui suffit d'appeler le 911. D'un autre côté, celui ou celle qui envisage de commettre un suicide, et qui est aussi en danger, appelle la police. On voit là se dessiner le problème, soit que la maladie mentale n'est pas vraiment considérée comme une maladie et que ce genre de dichotomie se poursuit à votre

the person with the heart attack. Maybe we do not necessarily know what to do in your case, but the stigma that is attached to mental illness is so deeply embedded in society that it begins with the initial phone call, and that is a very telling observation on the nature of the system.

Mr. Coleman: If I could just respond, sir, thank you. We appreciate the opportunity and would be more than willing to continue to work with this group, collectively or individually, because we are committed to this issue also.

The Chairman: We will get back to you. Thank you very much for coming.

Senators, as we progress through the forensic mental health system in our hearings today, we will hear at the end of the day, as you know, from two members of the judiciary. We will now talk to people who, in many cases, deal with individuals once they have come out of prison. We have Kim Pate, who is the Executive Director of the Canadian Association of Elizabeth Fry Societies; Dr. Dorothy Cotton from Kingston, who is the Co-Chair of the Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison; and Randy Pritchard, who is with the empowerment unit at CAMH.

Ms. Dorothy Cotton, Co-Chair, Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison; Psychologist: I will reiterate what everybody else said, in that I am thrilled to be here, and I especially appreciate the fact that you have given me four hours to talk rather than the five minutes that everyone else has.

I am here wearing a variety of hats. As was mentioned, I am the co-chair of the group you just heard from, but I am a psychologist by trade, so I suppose I am the mental health part of things.

I am also a psychologist for Correctional Service Canada. I am on the executive of the College of Psychologists of Ontario, and I was formerly the director of a forensic program in a provincial psychiatric hospital. I have also been a consumer and have numerous family members who are consumers. My family is not as big as Sean's, but we have our numbers.

The first I thing I have to state, being a federal government employee, is the official disclaimer that I am speaking for myself and not any of the groups that I have mentioned. I have a vested interest in remaining employed.

I will also say that I think my comments will be a little disjointed, because I know you are hearing from a variety of groups and what I am trying to do is fill in some of the gaps rather than state things that you have heard from 50 people, such as,

arrivée à l'hôpital, parce que ce genre de malade est admis en dernier lieu parce que, comme le sénateur Keon le disait, nous savons ce qu'il faut faire dans le cas d'une personne qui fait une crise cardiaque. Nous ne savons pas forcément que faire dans votre cas, mais le stigmate rattaché à la maladie mentale est tellement profondément ancré dans notre société qu'il se révèle dès le premier appel téléphonique, ce qui nous en dit long sur la nature du système.

M. Coleman : Permettez-moi de vous répondre, monsieur. Nous avons été heureux de comparaître devant vous et nous serions absolument ravis de continuer à collaborer avec votre comité, que ce soit collectivement ou individuellement, parce que nous aussi nous sommes particulièrement intéressés par ce dossier.

Le président : Nous reprendrons contact avec vous. Merci beaucoup de vous être déplacés.

Chers collègues sénateurs, un peu plus tard dans le cadre de nos audiences sur le système de santé mentale judiciaire nous allons, comme vous le savez, accueillir deux membres de l'appareil judiciaire. Toutefois, nous allons commencer par entendre des personnes qui, le plus souvent, accueillent ceux et celles qui sortent de prison. J'ai cité, Kim Pate, directrice générale de l'Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry, le Dr Dorothy Cotton, co-présidente du Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison et Randy Pritchard qui appartient à l'unité d'habilitation du CTSM.

La Dre Dorothy Cotton, coprésidente, Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison; psychologue : Je vais répéter ce que tout le monde a dit, à savoir que je suis très heureuse de me trouver ici aujourd'hui et que j'apprécie tout particulièrement le fait que vous nous ayez accordé quatre heures pour vous parler plutôt que les cinq minutes imparties à tout le monde.

Je porte plusieurs chapeaux. Comme vous l'avez dit, je suis coprésidente d'un groupe dont on vous a parlé tout à l'heure, mais je suis aussi psychologue de formation et je suppose que je représente donc le secteur de la santé mentale.

Je suis aussi psychologue auprès du Service correctionnel du Canada. Je siège à l'exécutif du Collège des psychologues de l'Ontario et, avant, j'ai été directrice d'un programme médico-légal dans un hôpital psychiatrique provincial. J'ai également été cliente et j'ai de nombreux membres de ma famille qui sont des usagers des services de santé mentale. Ma famille n'est pas aussi importante que celle de Sean, mais tout de même.

En ma qualité d'employée du gouvernement fédéral, je commencerais par émettre la réserve d'usage voulant que je m'exprime en mon nom et pas au nom des groupes dont je vous ai parlé. Je suis particulièrement intéressée à conserver mon emploi.

Je dois vous prévenir que vous ne trouverez pas ma présentation très cohérente, mais comme vous allez entendre divers groupes, je me propose de traiter les aspects qui ne l'auront pas été plutôt que de vous répéter ce que vous avez

“We do not have enough services.” I suspect you have heard that message by now.

The number one message in my opening remarks here, and I think you have copies, is talk to the police. As the director of a forensic unit and somebody who worked in a psych hospital for 25 years, it never occurred to me that the police had anything to do with our line of work, and I am embarrassed by that. We would hope that we do not do that again. Let me make some unrelated comments here.

Communication and information exchange is a big issue, no matter what level of the system you are talking about, and with all due respect to the three witnesses you just heard from about us confused mental health practitioners — they will murder me after this — it is not as simple as they like to make it sound.

In my current job, my current profession, I am governed by federal-provincial legislation, provincial privacy legislation, the CCRA, the Psychologists Registration Act, the Mental Health Act, the Regulated Health Professions Act and a few others that I am too nervous to remember right now.

All of these send me clear messages about what I can say to whom, and I will tell you something: Even though I am the chair of the complaints committee of the College of Psychologists, what I can say to anybody when one of my clients is having a crisis is completely beyond me, and as a result, we do not say anything to anybody.

The increasingly confusing part of that is it would be different if I were a social worker instead of a psychologist. Most of the people working in community mental health agencies are not regulated health care providers at all, so they are governed by entirely different, and hopefully fewer, sets of legislation than I am.

The communication issue in terms of the legislative situation is huge, and it is a major problem.

Secondly, on the subject of data, I always like to go around announcing that I am Canada's leading researcher in the area of police/mental health liaison. This is not as impressive as I like to make it sound. I am Canada's only researcher in this field. There is no funding for this kind of research and there are no data. If you want to go out and count people on a street corner, you can be the second leading researcher in this field, if you like. We have no data. We have no routine data collection. All the studies you hear about in this area are in fact American.

Within corrections, we do not have a very good idea of who is coming into our system, what their mental health needs are. We have some data. They are not great. You heard from some CSC

entendu de 50 personnes, du genre « nous n'offrons suffisamment de services ». Je suppose que vous connaissez ce message maintenant.

Mon premier message sera celui-ci et je pense qu'on vous a remis l'exemplaire de mon mémoire : parler avec la police. En qualité de directrice d'une unité judiciaire et de psychologue qui travaille dans un hôpital depuis 25 ans, je n'ai jamais imaginé que les policiers avaient quelque chose à faire dans sa spécialité et je suis gênée de vous l'avouer. Nous espérons que cette méprise sera une chose du passé. Permettez-moi de vous parler d'autres choses maintenant.

La communication et la circulation de l'information est un gros problème, peu importe le niveau du système dont on parle, sans vouloir contredire les témoins qui m'ont précédée et qui vous ont dit que les praticiens en santé mentale sont confus — ils vont certainement m'assassiner après cela —, les choses ne sont pas aussi simples qu'ils semblent l'avoir laissé paraître.

Dans mon poste actuel, dans ma profession, je suis régie par des lois fédérales et provinciales, par la Loi provinciale sur la protection de la vie privée, par la LSCMLC, par la Loi sur l'enregistrement des psychologues, par la Loi sur la santé mentale, par la Loi sur les professions de santé réglementées et par d'autres mesures législatives dont je ne parviens pas à me souvenir tout de suite, parce que je suis trop nerveuse.

Tous ces textes prescrivent ce que je peux dire et à qui et je vais vous dire une chose : même si je suis présidente du comité des plaintes du Collège des psychologues, ce que je peux dire quand un de mes clients est en crise m'échappe complètement et, à cause de cela, je ne dis rien à personne.

Ce qui est de plus en plus troublant, c'est que les choses se dérouleraient tout à fait différemment si j'étais travailleuse sociale plutôt que psychologue. La plupart des gens qui travaillent dans des organismes communautaires de santé mentale ne sont pas des fournisseurs de soins de santé réglementés et ils sont régis par des lois entièrement différentes et je l'espère moins nombreuses.

La question de la communication par rapport à la loi est un énorme problème.

Deuxièmement, pour ce qui est de la communication des données, je me plais à dire que j'effectue des recherches de pointe au Canada dans le domaine de la liaison entre les corps policiers et le milieu de la santé mentale. Toutefois, cela n'est pas aussi impressionnant que j'aime à le faire paraître. Il y a d'autres chercheurs canadiens dans ce domaine. Ce genre de recherche n'est pas financé et nous ne pouvons nous appuyer sur aucune donnée. Si votre thème de recherche consiste à compter le nombre de passants au coin d'une rue, vous n'aurez pas de mal à être le second chercheur le plus important. Nous n'avons pas de données. Nous ne recueillons pas de données de façon routinière et toutes les études dont on parle dans ce domaine sont américaines.

Au service correctionnel, nous ne savons pas exactement qui sont nos clients, quels sont leurs besoins en matière de santé mentale. Nous disposons bien de quelques données, mais rien

people in your previous round of hearings, and I know that they are scheduled to be back again next week, but there are big problems with data and with research funding.

In fact, police and people who do research with police do not have access to any of the existing funds. If you are not an academic, basically, you cannot get research funds in Canada. I am a part-time academic. I am also not speaking for Queen's University. They are among the many groups I am not speaking for.

Unless you are an academic, you have no access to research funds in Canada, and no academic in his/her right mind, frankly, would research issues at the kind of level we are talking about here. We are talking about nose-counting. We are talking about very basic, descriptive kind of research. Nobody would get such articles published. I had an article turned down recently because it was claimed that I did not quote the previous research in this area. There is no previous research in this area. We need an entirely different conceptualization.

Contrary to what many of us in the health care professions think, there are a lot of police officers out there with degrees, with advanced degrees, with Ph.D.s, who are quite capable of doing high-level research, but they are not eligible for funding through SSHRCC and similar bodies because they are not affiliated with academic institutions.

The next point I want to make is simply that we need leadership. We had a great quandary in preparing for today, in that this is a federal forum, a national forum, and both policing and health are provincial jurisdictions. You probably know this. What can be done at a national level to further things? I think part of the issue is a lot of flag waving.

There are no champions in this field; there is no one leading the charge. There is no chief of mental health in Corrections Canada. There is no position responsible for that. In terms of research, in terms of all areas, there are no champions. We could use champions. The director of health care has no mental health background, not that she is not a fine person and does a very good job, but she is not a mental health person.

The Chairman: A lot of what this committee has examined, both in this study and our previous health care study, were issues that were directly in areas of provincial jurisdiction. We have made a series of recommendations in areas that the federal government could not do anything about, and none of that has caused any degree of upset to any provincial minister of health or provincial premier. They have taken our previous report, large parts of which are in the process of being implemented in various

d'extraordinaire. Dans la série d'audiences qui a précédé, vous avez accueilli des témoins du SCC et je sais qu'ils doivent revenir la semaine prochaine, mais nous sommes confrontés à un grave problème de données et de financement de la recherche.

D'ailleurs, policiers et chercheurs qui travaillent auprès de la police n'ont pas accès à des fonds. Si l'on n'est pas universitaire, il est quasiment impossible d'obtenir des fonds au Canada. Je suis universitaire à temps partiel et je ne parle pas, non plus, pour l'Université Queen's. L'université fait partie des nombreux groupes au nom de qui je ne m'exprime pas.

Il n'est pas possible de bénéficier de fonds de recherche au Canada si l'on n'est pas universitaire et, pour vous dire la vérité, aucun universitaire sain d'esprit n'entreprendra de recherche au niveau dont vous parlez ici. Il est question de faire du simple recensement et pas d'entreprendre une recherche fondamentale, descriptive. Personne ne publierait d'articles à ce sujet. D'ailleurs, on m'a récemment refusé un article sous le prétexte que je n'avais pas cité de recherche antérieure dans ce domaine. Or il n'y en a jamais aucune qui a été effectuée. Nous ne devons complètement changer de cadre de référence.

Contrairement à ce que beaucoup d'entre nous pense dans les professions de la santé, beaucoup d'officiers ont des diplômes, des diplômes de haut niveau, même des doctorats, et ils peuvent entreprendre une recherche de haut niveau, mais ils ne sont pas admissibles à un financement des IRSC ou d'autres organismes, parce qu'ils ne sont pas affiliés à des établissements d'enseignement.

Je tiens également à vous dire que nous sommes tout simplement en mal de leadership. Nous avons été confrontés à un grand dilemme pour nous préparer, ce matin parce que vous êtes une tribune fédérale, une tribune nationale et que les compétences en matière de police et de santé sont provinciales. Vous n'êtes pas sans savoir cela. Que pouvons-nous donc faire à l'échelon national pour améliorer les choses? Eh bien, je pense qu'une grande partie du problème est due à une guerre de drapeau.

Il n'existe pas de champion dans ce domaine, personne ne dirige la charge. Il n'y a pas de chef des services de santé mentale au Service correctionnel du Canada. Il n'existe pas de poste chargé de la santé mentale. Il n'y a pas non plus de champion dans la recherche, dans tous les domaines. Nous pourrions retenir cette formule des champions. La directrice des services de santé n'a pas de formation en santé mentale, ce qui ne veut pas dire qu'elle n'est pas une très bonne personne et qu'elle ne fait pas un excellent travail, mais elle n'est pas spécialiste du domaine.

Le président : Une grande partie du travail qu'a effectué notre comité, dans le cadre de cette étude et de notre étude précédente sur les soins de santé, était du domaine des compétences provinciales. Nous avons formulé plusieurs recommandations dans ces domaines à propos desquelles le gouvernement fédéral ne pouvait pas donner suite, mais cela n'a pas semblé déranger les ministres provinciaux de la Santé ni les premiers ministres provinciaux. Ils ont tout de même pris nos rapports antérieurs

provinces, as not so much a report from "Federal politicians" as a national report. We are quite happy to stray directly into areas of provincial jurisdiction and nobody seems bothered by that.

Ms. Cotton: That would be a good thing.

The next point I will make, however, is in terms of things that the federal government is directly involved in, two areas mentioned in your previous reports, Corrections Canada and the RCMP. The CSC is the largest employer of psychologists in Canada and the RCMP, of course, also employs a lot of them.

The federal government is a bad employer in this way: Wages are easily 30 per cent below market value for psychologists. It is humiliating, and contributes to the whole stigma issue.

I left a job as a senior manager at a hospital to become a front-line worker in corrections, which is probably the lowest-status job you can possibly have in my profession. I am sure three-quarters of the people in the town in which I live assume I was fired from my previous job, because no one in their right mind would make the kind of move I made. For the record, I was not fired from my previous job. It is one of those mid-life things.

I will reiterate what everybody else, and your previous reports, has said about stigma. As I have just suggested, it applies not only to the people with mental health problems, but certainly anybody affiliated with that system. My guess would be that being the mental health liaison officer with a police service is not the route to becoming the next chief. These are not — sorry, Michael — high-status positions in most places.

I appreciate that I am being a little disjointed here, but increasingly, the legal system is becoming the gold card for access to mental health services in Canada. If you break the law, you can be ordered into a hospital, you can be ordered into treatment by a judge, but if you do not break the law, nobody can make you take the treatment. You can be ordered into a hospital for treatment even when nobody else can get a bed. If a judge says you need a bed, you get a bed.

If you break the law and are charged, you might get access to a diversion program, and then you get a case manager and are hooked up with community services, such as they are, but if you do not break the law, you do not get those kinds of services. If you break the law and are convicted, you might get a parole officer who monitors your behaviour, enforces treatment and makes sure you get access, but if you have not been in trouble

et en ont retenu de grandes parties pour les mettre en œuvre dans les différentes provinces, considérant qu'il s'agissait davantage d'un rapport national que d'un rapport émanant de « politiciens fédéraux ». Nous sommes très heureux d'empiéter, en quelque sorte, dans les domaines de compétence provinciale et personne ne semble s'en inquiéter.

Mme Cotton : Eh bien, c'est parfait.

Ensuite, j'aimerais vous parler de choses auxquelles le gouvernement fédéral s'intéresse directement, deux secteurs dont vous avez parlé dans vos rapports antérieurs : le Service correctionnel du Canada et la GRC. Le SCC est le plus important employeur de psychologues au Canada et la GRC emploie, elle aussi, un grand nombre de psychologues.

Le gouvernement fédéral est un mauvais employeur sur ce plan : les salaires sont facilement de 30 pour cent inférieurs à ceux du marché. C'est humiliant pour les psychologues et cela contribue à entretenir le stigmate associé à la maladie mentale.

J'ai quitté un emploi de cadre supérieur dans un hôpital pour assumer un poste de travailleur en première ligne dans les services correctionnels, ce qui est sans doute l'échelon le plus bas que l'on puisse trouver dans ma profession. Je suis certaine que les trois quarts des habitants dans la petite ville où j'habite supposent que j'ai été congédiée de mon emploi précédent, parce qu'ils ne s'expliquent pas ce changement de ma part. Pour mémoire, sachez que je n'ai pas été congédiée de mon emploi précédent, ce changement correspondant sans doute à une crise de la quarantaine.

Je vais reprendre ce que beaucoup ont dit avant moi et ce que vous avez indiqué dans vos rapports antérieurs au sujet de la stigmatisation. Comme je viens juste de vous le mentionner, ce problème ne concerne pas uniquement ceux et celles qui souffrent de problèmes de santé mentale, mais tous ceux qui travaillent dans le cadre du système. Je serai prête à parier que l'agent de liaison spécialisé en santé mentale au sein d'un corps policier a peu de chance de remplacer un jour son chef. Dans la plupart des cas — et j'en suis désolée, Michael — il ne s'agit pas de postes de très haut niveau.

Je me rends bien compte que je ne suis pas très logique dans tout ce que je vous dis, mais sachez que l'appareil juridique devient de plus en plus la grande porte pour accéder aux services de santé mentale au Canada. Si vous enfreignez la loi, on peut vous envoyer dans un hôpital et un juge peut ordonner que vous y soyez traité, mais si vous n'avez pas de démêlés avec la justice, personne ne vous donnera de traitement. Un juge peut émettre une ordonnance de traitement dans un hôpital, même si aucun lit n'est disponible pour d'autres patients. Si un juge dit que vous devez être interné, vous serez interné.

Si vous enfreignez la loi et êtes inculpé, vous avez une chance de bénéficier du programme de déjudiciarisation et votre gestionnaire de cas vous mettra en communication avec les services communautaires, quels qu'ils soient, mais si vous ne vous placez hors la loi, vous n'obtiendrez pas ce genre de service. Si vous enfreignez la loi et êtes condamné, vous pourrez être placé sous la responsabilité d'un surveillant de liberté conditionnelle qui

with the law, you do not get those services. If you annoy your neighbours and are generally disruptive, nobody will pay any attention to you until the police or the legal system gets involved.

Therefore, in some ways, it is to your advantage if you have a mental illness to run afoul of the law. You get access to a lot of services you would not otherwise, but it is a Catch-22, because once you become a "mentally disordered offender" — such a lovely and flattering term — you are then denied access to services at all because community mental health agencies have exclusionary criteria. They do not want people with a history of criminal behaviour or people with substance abuse problems, and that accounts for virtually 100 per cent of the people who come out of the correctional system, needless to say.

I work in a psychiatric hospital within federal corrections, and it is completely impossible to hook up our departing offenders who have mental health needs with community agencies.

As you well know, psychiatric services within correctional facilities are grossly inadequate. We will leave it at that.

The Chairman: Thank you, Dorothy. You have raised a lot of questions that we will come back to.

Ms. Kim Pate, Executive Director, Canadian Association of Elizabeth Fry Societies: It is a pleasure to be here and thank you for inviting me.

I have worked now for more than 20 years, first with young people, then with men, and for the last 13 years in my capacity at the Elizabeth Fry Society, with women prisoners, and I and many people appearing before you, many people involved in this work, come with our own experiences, familial, personal, and in terms of the individuals with whom we have had the privilege, and sometimes challenges, of working.

I represent 25 member societies across the country that work with women and girls in the community. Some of them are the only community resource in their area. Some of them cover entire provinces, sometimes with only two or three staff, and their focus, the mandate of our organization, is to work with those who have been marginalized, who have been criminalized and imprisoned. I think some of you know that I am a lawyer and a teacher by training, so that is another piece in my background. I am currently getting some forensic mental health post-secondary education as well.

We first targeted this as an issue we needed to work on more than 10 years ago, because we started to see what Dr. Cotton has described as the gold card into the system. With the deinstitutionalization that was a worldwide phenomenon, we

suivra votre comportement, veillera à ce que vous receviez les traitements nécessaires et à ce que vous ayez accès à des soins, mais si vous n'avez jamais eu de difficultés avec la loi, vous n'obtiendrez pas ces services. Si vous embêtez votre voisin et que vous perturbez souvent la paix du voisinage, personne ne fera attention à vous jusqu'au moment où la police ou l'appareil juridique s'intéressera à votre sort.

Ainsi, d'une certaine façon, si vous souffrez d'une maladie mentale, mieux vaut que vous ayez des démêlés avec la justice. Vous aurez accès à nombre de services auxquels vous n'auriez pas accès autrement, mais attention, il y a un retour de bâton, parce qu'une fois que vous devenez un « délinquant atteint de troubles mentaux » — quelle expression flatteuse et adorable — vous n'avez plus accès à ces services du tout parce que les organismes communautaires de santé mentale ont des critères d'exclusion. Ils refusent tous ceux et toutes celles qui ont un passé criminel ou qui sont toxicomanes. Or, il va sans dire que ces gens-là représentent la quasi-totalité de la population carcérale.

Je travaille dans un hôpital psychiatrique du service correctionnel fédéral et il nous est absolument impossible de transférer à des organismes communautaires les délinquants, ayant des besoins en santé mentale, qui sont libérés.

Comme vous le savez fort bien, les services psychiatriques des établissements correctionnels sont loin d'être suffisants. Nous nous arrêterons là-dessus.

Le président : Merci, Dorothy. Vous venez de soulever beaucoup de questions sur lesquelles nous reviendrons.

Mme Kim Pate, directrice exécutive, Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry : Je suis heureuse de me trouver ici et je vous remercie de m'avoir invitée.

Cela fait plus de 20 ans que je travaille, d'abord auprès des jeunes, puis auprès des hommes et, depuis 13 ans, à la Société Elizabeth Fry, auprès des femmes incarcérées. Tout comme les nombreux témoins que vous avez accueillis, tout comme les nombreuses personnes qui travaillent dans ce domaine, je me présente devant vous avec mon bagage professionnel, familial et personnel après avoir eu le privilège et parfois la difficulté de travailler au contact de certaines personnes.

Je représente 25 sociétés membres réparties à l'échelle du Canada qui travaillent auprès de femmes et de jeunes filles dans la collectivité. Pour certaines d'entre elles, nous sommes la seule ressource communautaire à laquelle elles peuvent avoir accès. Certaines sociétés sont provinciales, même si elles ne sont pas composées que de deux ou trois employés, mais l'objectif, le mandat de notre organisation est de travailler auprès de toutes celles qui sont marginalisées, qui sont criminalisées et qui ont été emprisonnées. Certains d'entre vous savez que je suis avocate et enseignante de formation, ce qui ajoute à mon bagage. Je suis en train de suivre un programme postsecondaire en santé mentale judiciaire.

Nous avons commencé à nous dire que nous devions intervenir dans le domaine de la santé mentale il y a plus de 10 ans, parce que nous avons commencé à nous rendre compte que le système carcéral était, comme le Dr Cotton nous l'a dit, la porte

saw the numbers, particularly of women and girls, who had historically been overrepresented in mental health and psychiatric facilities but underrepresented in prisons, start to increase.

I noticed that the material that is available is fundamentally lacking in analysis of what impact all of this has on women and girls in particular, and it should interest you to know that while crime rates and incarceration rates are decreasing overall, it is not the case for women. In fact, women are the fastest-growing prison population, not just in Canada, but worldwide, even more so if they are Aboriginal and have mental health diagnoses, labels, difficulties, illnesses, disabilities; regardless of what the label is, that is the increasing trend.

We first saw this trend, not surprisingly, in the prison for women in Kingston, where a number of women were held in segregation, and most of them were from the Maritime provinces. Why, you might ask? Those of you who know our economic, political and social policy history know that some of the first and deepest cuts occurred in those provinces. With the cuts to national standards for health care, social services and education occasioned by the elimination of the Canada Assistance Plan, and the introduction of the no-strings-attached approach that you talked about, we also saw increased numbers of people who fell through all of those service cracks and ended up in the criminal justice system. That is because it is the only system that cannot close its doors and say, "No, we are full, our beds are full," and it is not difficult to characterize behaviour that is often symptomatic of mental illness as also criminal. Sometimes it is mischief, sometimes it is theft, sometimes, if you are resisting restraint, it can be assault, and so we first started to see some of those trends.

We are now in a situation where the corrections service, as Dr. Cotton has pointed out, is one of the largest employers of psychologists. The difficulty with that is trying to get an analysis that goes beyond that correctional mindset, and we had that experience when trying to intervene in the case of a woman who had committed suicide in the fairly new mental health unit of the federal prison in this province. We could not find a psychologist who was willing to testify at that inquest and critique the correctional policies in place; hence, the reason for my most recent educational endeavours.

The difficulty is that very well-intentioned, excellent people, like my colleagues here at the table, go in with a clear intention of trying to support, assist and facilitate the meeting of what has sometimes been described as disabling needs within the correctional structure. We know that the report of the Task

d'entrée privilégiée dans le système. À la faveur de la désinstitutionnalisation qui a été un phénomène mondial, nous avons constaté que de plus en plus de femmes et de jeunes filles se retrouvaient en prison, elles qui, depuis toujours, avaient été surreprésentées dans les établissements de soins psychiatriques et de santé mentale, mais sous-représentées en prison.

J'ai constaté que nous manquons fondamentalement d'analyses sur les répercussions que tout cela peut avoir sur les femmes et les filles en particulier et il vous intéressera sûrement de savoir que, si les taux de criminalité et d'incarcération sont globalement en train de décliner, ce n'est pas le cas pour les femmes. D'ailleurs, les femmes constituent la population carcérale qui accusent la croissance la plus rapide, pas uniquement au Canada, mais dans le monde entier, encore plus si elles sont autochtones et souffrent de maladie mentale diagnostiquée, si elles sont étiquetées, si elles ont de la difficulté, si elles ont des maladies ou des handicaps, peu importe l'étiquette en question. Voilà la tendance à la hausse.

Il n'est pas étonnant de savoir que nous avons d'abord constaté cette tendance à la prison pour femmes de Kingston où un certain nombre de détenues étaient maintenues en isolement, la plupart d'entre elles venant des provinces maritimes. Pourquoi donc, me demanderez-vous? Eh bien, si vous connaissez notre histoire économique, politique et sociale, vous savez que certaines des premières coupures, des coupures les plus profondes, se sont produites dans cette province. À cause des coupures occasionnées par la suppression du régime d'Assistance Canada et de l'adoption d'une approche sans obligation du genre de celles dont vous avez parlé, nous avons assisté à une augmentation du nombre de personnes qui sont oubliées par les services de santé mentale, les services sociaux et les services d'éducation et qui aboutissent donc dans le système de justice criminelle. Cela tient au fait qu'il s'agit du seul système qui ne peut fermer ses portes en disant « Non, nous sommes complets, nous n'avons plus de lit », et qu'il n'est pas difficile d'associer un comportement souvent symptomatique d'une maladie mentale à un comportement criminel. Parfois, les gens commettent de simples méfaits, de simples vols et parfois, quand ils résistent à leur arrestation, on peut les accuser d'agression et c'est là que l'on commence à voir apparaître certaines des tendances dont j'ai parlé.

Nous sommes à présent dans une situation où le service correctionnel, comme le soulignait le Dr Cotton, est l'un des plus importants employeurs de psychologues au Canada. La difficulté survient quand on essaie d'analyser la chose sous un angle différent de celui des services correctionnels et nous en avons fait l'expérience quand nous avons voulu intervenir dans le cas d'une femme qui s'était suicidée dans une unité de santé mentale relativement nouvelle, dans la prison fédérale de la province. Nous ne sommes pas parvenus à trouver un psychologue qui soit disposé à témoigner lors d'une enquête et à critiquer les politiques du service correctionnel. Mes plus récentes entreprises dans le domaine de l'éducation découlent de ce constat.

Le problème, c'est que des gens bien intentionnés, comme mes voisins à cette table, sont déterminés à essayer d'apporter un remède à ce que l'on a parfois baptisé de besoins invalidant du milieu correctionnel. Nous savons que le rapport du groupe de travail sur les détenues sous responsabilité fédérale, signé par la

Force on Federally Sentenced Women, Madam Justice Arbour's report and, just last year, the Canadian Human Rights Commission report chronicle some of the discriminatory treatment that women, including those with mental health issues, experience in our federal prison system. We see that the overlay of the criminal justice model, the overlay of the label of criminality, often interferes with the ability to address the mental health needs.

Particularly in the case of women, even though a tremendous amount of resources, time, energy and goodwill have been invested by corrections and others in developing services in house, we still see that those who pose the greatest challenge to the system — not necessarily a threat to public safety, however — end up being held in prison in the most isolating circumstances.

We see more women being held in the maximum security units, in isolation and in segregation. Even though their behaviour might be recognized in a hospital setting, in most cases, we are only able to have them removed into a hospital setting when they are in crisis. I cannot tell you the number of times I have been on my knees in front of a segregation cell, talking to someone through a meal slot, trying to convince her to stop smashing her head on the wall, and had staff say that they are told to count to 20, because then it is no longer just an attention-getting behaviour, it may be life-threatening. That is not because those staff are ill-intentioned, but they have been trained to believe that up to a certain point, it may just be a manipulative behaviour.

I am suggesting that we have to look at some of these areas because, short of training everybody in corrections to be mental health professionals — which I do not think is feasible — we have to develop some strategies for removing people from that system. There have been attempts through mental health courts, through other vehicles. Within corrections, as I mentioned, it is when someone is in absolute crisis that we can often trigger a removal to a psychiatric hospital. We often see people improve almost within 24 hours, and I do not mean to be overly simplistic, but part of the reason is they are then seen through the lens of the mental health issues/psychiatric label, not the lens of criminality. The intervention may have a positive result much more quickly.

Also, the individuals involved will often recognize that this is a mental health facility and although, arguably, the consent to treatment would be an issue, in our experiences, most women, and certainly the men and young people I worked with, would say they want some intervention because they recognize something is wrong. They may not know what.

juge Arbour, paru l'année dernière, qui est en fait le rapport de la Commission canadienne des droits de la personne, il est question de traitement discriminatoire dont les femmes font l'objet dans nos prisons fédérales, notamment dans le domaine de la santé mentale. Très souvent, le modèle de justice criminelle et l'étiquette de « femme criminelle » viennent souvent entraver la capacité de réponses aux besoins constatés en matière de santé mentale.

C'est particulièrement vrai dans le cas des femmes, même si les services correctionnels et d'autres ont consacré énormément de ressources, de temps, d'énergie et de bonne volonté à la mise sur pied de services maison, celles qui sont perçues comme constituant le plus important problème pour le système — pas nécessairement sous la forme d'une menace à la sécurité publique — aboutissent en prison et se retrouvent très isolées de leurs familles.

Nous voyons de plus en plus de femmes qui sont placées dans des centres à sécurité maximale, qui sont isolées et placées en isolement. Même quand leur comportement est identifié dans un hôpital, le plus souvent, il n'est possible de les interner que lorsqu'elles sont en crise. Vous ne pouvez imaginer le nombre de fois où j'ai dû m'agenouiller devant une cellule d'isolement pour m'entretenir avec une détenue par le passe-plat, afin d'essayer de la convaincre d'arrêter de se taper la tête contre le mur et d'entendre dire par un membre du personnel qu'on lui a précisé qu'il fallait compter jusqu'à 20 parce que, après 20, on n'a pu à faire à un comportement qui consiste simplement à attirer l'attention, mais que l'on est peut-être en présence d'une situation dangereuse pour la vie. Ce n'est pas parce que ce personnel est mal intentionné, mais parce qu'il a été formé pour croire que, jusqu'à un certain point, ce genre de comportement tient uniquement à la manipulation.

Nous devons examiner certains de ces aspects parce que, si l'on ne forme pas tout le monde dans les centres correctionnels pour les transformer en professionnels de la santé mentale — ce qui n'est pas faisable — nous devons élaborer des stratégies pour faire sortir certaines personnes de ce système. On a essayé par le biais des tribunaux spécialisés en santé mentale et par le truchement d'autres véhicules. Au sein du service correctionnel, comme je le disais, ce n'est que lorsqu'une personne est en crise totale qu'il est possible de la faire transporter dans un hôpital psychiatrique. Il nous arrive souvent de voir des patientes qui s'améliorent dans les 24 heures parce que, sans vouloir être simpliste, on les a étiquetées de malades mentales ou malades psychiatriques et pas de criminelles. L'intervention peut donner beaucoup plus vite lieu à des résultats positifs.

De plus, les personnes concernées se rendent très vite compte qu'elles se retrouvent dans une installation de santé mentale et, même si elles ont parfois de la réticence à accorder leur consentement pour être traitées, la plupart d'entre elles, mais aussi les hommes et les jeunes avec qui j'ai travaillé, disent qu'ils veulent qu'on les soigne, parce qu'ils se rendent compte que quelque chose ne va pas. Ces gens-là peuvent ne pas savoir quoi.

We would advocate that in our cases, some of the increasingly non-available mental-health and psychiatric advocacy groups be encouraged to come in and assist in situations like that.

I found the reports extremely helpful, with the exception of not seeing much, if any, gender analysis, and I know from my experience in working with others internationally, with colleagues in the United States, the United Kingdom, Australia, less so in New Zealand, that they are finding a similar problem. The models in place may not meet the needs of women in those circumstances, and we are still seeing women posing some of the greatest challenges and ending up being criminalized as they try to survive and negotiate their way through the system.

In some of the models that you are looking at, that talk about plans for a range of services, there is a strong emphasis on the integration of social services and health services. We know that for integration to actually happen, even if you have excellent mental health services, all the things that everybody else is talking about, if there is no place for people to live, if they have no means to support themselves, then mental health issues quickly arise again. We all know that people will say, "If I could just have a job, have a place to live, I would feel a whole lot better." The beyondblue report talks a little about how to ameliorate depression and other mental health phenomena in a context where it is hard to imagine how people are even surviving.

If this committee could look at linking the recommendations you will make about mental health to the need for other social services and supports, and to the types of national standards that were virtually eliminated when the Canada Assistance Plan was cancelled, I think that would go a long way toward a solution, because it is those kinds of integrated services that we need.

We also think, of course, that ensuring that the Charter and human rights legislation apply is important. If any of the committee members are interested, there is a series of fairly extensive reports in which the DisAbled Women's Network of Canada and our organization in particular made recommendations about the kinds of interventions that would assist women in the system. Many people who have read them have indicated they would also assist men. I believe that is true.

They recommend advocates to assist people with negotiating access to programs and services, where they in fact exist. You have heard a lot about the lack of services, so I will not repeat that.

There is a need for community-based services, a need for almost a brokerage function. We use that term, and we are certainly open to suggestions on how we might more accurately describe it, but if you have a diagnosis, a mental health label

En ce qui nous concerne, nous estimons qu'il faudrait encourager de plus en plus de groupes de promotion de la santé mentale et des soins psychiatriques à intervenir dans des situations de ce genre.

Je trouve les rapports extrêmement utiles, si ce n'est qu'ils ne comportent pas beaucoup d'analyses de sexospécificité, quand on en trouve, et je sais d'expérience pour avoir travaillé avec des collègues à l'étranger, que le problème est le même aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Les modèles en place ne répondent pas forcément aux besoins des femmes qui se retrouvent dans de telles circonstances et on continue de considérer que nos consœurs constituent certains des problèmes les plus importants et elles finissent par être criminalisées parce qu'elles veulent survivre et qu'elles négocient leur évolution dans le système.

Dans certains des modèles que vous examinez, il est beaucoup question de plans pour tout un ensemble de services, on insiste sur l'intégration des services sociaux et des services de santé. Nous savons que, pour qu'il y ait effectivement intégration, même si les services de santé mentale sont excellents, c'est-à-dire comportent tout ce que tout le monde réclame, s'il n'y a pas de place pour accueillir des patients en résidence, si ces gens-là n'ont pas des moyens de soutien, les problèmes de santé reprennent vite le dessus. Nous savons ce que les gens disent : « Si je pouvais avoir un emploi, un lieu où vivre, je me sentrais bien mieux ». Le rapport intitulé « Beyondblue » traite un peu de la façon d'améliorer les conséquences de la dépression et des autres phénomènes de santé mentale dans un contexte où l'on a du mal à imaginer comment les gens peuvent survivre.

Ce serait bien si votre comité, dans ses recommandations, pouvait établir un lien entre la santé mentale et les moyens de soutien ainsi que les services sociaux et les autres normes nationales qui ont été quasiment éliminés quand le régime d'assistance publique du Canada a été supprimé, je pense que nous ferions beaucoup de progrès dans le sens d'une solution, parce que nous avons besoin de ce genre de service intégré.

Bien sûr, il faut également s'assurer que les dispositions de la Charte et de la Loi sur les droits de la personne sont respectées. Si cela vous intéresse, sachez qu'il existe toute une série de rapports très complets produits par le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada et par notre organisation, rapports qui contiennent des recommandations sur le genre d'intervention qui permettrait d'aider les femmes dans ce système. Beaucoup de ceux qui les ont lus nous ont dit qu'ils pourraient aussi aider les hommes. Je crois que c'est vrai.

On recommande aux intervenants de contribuer à la négociation de l'accès aux programmes et aux services, quand il y en a. Vous avez beaucoup entendu parler du manque de services et je n'y reviendrai pas.

Il faut offrir des services communautaires, quasiment sous la forme d'un service de médiation. Nous utilisons ce terme, mais nous sommes ouverts à suggestion pour l'améliorer, pour parler des cas où, après qu'un diagnostic a été posé, qu'une personne est

attached to you, with that comes the understanding there will be allocation of resources that you will have some control over and some support in determining how those needs are met.

For instance, we are seeing in the Aboriginal women's community an overwhelming increase in the number of women and children being diagnosed with FAS — fetal alcohol syndrome — fetal alcohol effect, alcohol-related neurological disorders, et cetera, and so we are suggesting that if that diagnosis led to a triggering of an allocation of funds, we would see two things: Probably, we would not see the diagnosis as quickly, to be very blunt; and secondly, we would see some greater ability to access resources.

In the legislative framework, we would suggest that something akin to the work of the committee on the Youth Criminal Justice Act to ensure key principles are put in place would also be useful.

The principle of presumption that someone with a mental health issue would not be criminalized, first and foremost, would go a long way toward encouraging provinces and communities to develop resources, and combined with national standards, would mean a greater chance that people would actually be able to access resources in the community.

The continuation of the principle of using the least intrusive measure possible in light of the Charter and human rights protections would also be useful, in addition to looking at some national strategies and guidelines to encourage those accessing services to create some of the interesting community-based and consumer-driven options that people are talking about.

I have other comments, but I suspect I have run over my time, so I will pass it on to my colleague.

Mr. Randy Pritchard, as an individual: I read with great anticipation the first volume of the three volumes you produced, and when I saw the vision laid out there for the client-oriented, and possibly even client-directed, services I was exhilarated.

I then went on to read the rest of the documents and wondered how on earth did we end up here from that vision; I turned to the back of the volumes and looked at the witness lists, and then I understood.

The Mental Health Legal Advocacy Coalition is a non-profit group here in Ontario. The only requirement for membership is that people have been inpatients of a psychiatric unit. We look to address concerns of our members where the issues of mental health and the law intersect. We have successfully intervened in three Supreme Court cases to date: As a predecessor organization, Queen Street Patients Council, in *LePage*, which was joined with *Winko* in that landmark decision from the Supreme Court of Canada; in *Starson*, where competency to consent to treatment

étiquetée « malade mentale », il faut contrôler l'affectation des ressources et prévoir un suivi pour s'assurer que les besoins constatés sont comblés.

On constate, par exemple, dans les communautés de femmes autochtones, une augmentation impressionnante du nombre de femmes et d'enfants atteints du syndrome d'alcoolisme fœtal, des effets de l'alcoolisme fœtal, de troubles neurologiques liés à l'alcool et ainsi de suite, ce qui nous a amenés à recommander que, si ce diagnostic donnait lieu au déblocage de fonds, nous assisterions à deux choses : tout d'abord, pour être directe, je dirais que nous ne verrions pas ce genre de diagnostic apparaître aussi rapidement; deuxièmement, nous aurions un meilleur accès aux ressources.

Pour ce qui est du cadre législatif, nous vous recommandons d'adopter un peu ce qu'a recommandé le comité chargé de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents afin de s'assurer que les principaux fondamentaux sont mis en place et puissent ainsi être utiles.

Tout d'abord, ce serait un grand progrès que d'avancer en principe que toute personne souffrant de maladie mentale ne doit pas être criminalisée, car cela inciterait les provinces et les localités à se doter des ressources nécessaires grâce auxquelles, en plus des normes nationales en vigueur, les gens auraient une meilleure chance d'accéder à des ressources communautaires.

Il serait également utile de maintenir le principe qui consiste à appliquer des mesures moins intrusives en vertu des protections qu'accordent la Charte et la Loi sur les droits de la personne, outre qu'il faudrait envisager des stratégies et des lignes directrices nationales pour inciter les services d'accès à offrir des options communautaires et axés sur la clientèle auxquels les gens pourront s'adresser.

J'ai d'autres remarques à faire, mais je crains d'avoir dépassé le temps qui m'était accordé et je vais donc céder la parole à mon voisin.

M. Randy Pritchard, témoignage à titre personnel : J'ai lu avec empressement le premier des trois volumes que vous avez produits et, quand j'ai vu la vision que vous y énoncez en matière de services axés sur la clientèle et même administrés par les clients, j'ai été emballé.

Je suis alors passé à la lecture des autres volumes et je me suis demandé comment vous en étiez venu à cette vision; j'ai alors consulté la liste des témoins à la fin des volumes et j'ai compris.

La Mental Health Legal Advocacy Coalition est un groupe ontarien sans but lucratif. Pour y adhérer, il suffit d'avoir été interné dans un service psychiatrique. Nous essayons de répondre aux préoccupations des membres quand il y a chevauchement entre problèmes de santé mentale et problèmes avec la loi. Jusqu'ici, nous sommes parvenus à intervenir dans trois causes devant la Cour suprême. D'abord, dans notre incarnation précédente, quand nous nous appelions le Queen Street Patients Council, nous sommes intervenus dans l'affaire *LePage* qui a ensuite été

was an issue; and in *Pinet* and *Tulikorpi*, two forensic clients, which clarified once again that the least restrictive and least onerous provisions were to apply to an entire disposition warrant.

Having won those victories, there were those who believed that we could take a break, but what we have seen instead is the attempts of the mental health system to circumvent the rulings of the Supreme Court of Canada.

Shortly after the *Starson* ruling, a workshop was held at the Centre for Addiction and Mental Health here in Toronto to advise staff on what they could now do to get around the intent of that ruling. This is nothing new to us. We have been seeing this all of our lives.

I had originally planned to bring you a written version of my remarks but I jettisoned it yesterday after returning from an inquest in North Bay on Tuesday where I was a witness. It was into the suicide by hanging of a forensic client. Having had the opportunity to review the three volumes of documentation, clinical notes, various medical tests and testimony of individuals, I was appalled that the same mistakes were being made again. In reading the document here, I could not help but note that when you adopted the recovery philosophy, you defined it as it has been previously defined. You require some history on this.

The recovery philosophy was first adopted by mental patients in the United States who had noticed that the further away they got from the mental health system, in 30 per cent of cases symptoms disappeared. I think individuals mistakenly adopted that word "recovery" to describe that in an attempt to prove to service providers that "Maybe what you are saying might apply to some people, but it does not apply to me." It has now been co-opted by service providers with the definition that we see driving the actions here.

Yesterday, you heard from the Gerstein Centre here in Toronto, and I believe that someone asked, "Well, why are there not these places across the country?" and one of the panellists chimed in, "Well, because it is not medical," and that is the reason.

Fifteen years ago, you knew how to do this better. Fifteen years ago, the federal government made sure that significant numbers of users of services were involved in any consultation. I and many of my colleagues attended a federal-provincial consultation in Ottawa on mental health that was funded by the federal government. We made up about a third of the body there — as did the service providers and the bureaucrats — and our position was very different from anybody else's. The problem here, as far as I can see, is that you need to return to that vision of all change being driven by the user.

intégrée à l'affaire *Winko* et qui a donné lieu à une décision clé par la Cour suprême du Canada. Nous sommes aussi intervenus dans l'affaire *Starson* qui traite de la compétence à donner son consentement pour un traitement et dans l'affaire *Pinet* et *Tulikorpi*, deux clients de services judiciaires, qui a permis de préciser une fois pour toute qu'il faut systématiquement appliquer des dispositions moins restrictives et moins lourdes pour la totalité du mandat de dépôt.

Après avoir remporté ces victoires, certains ont cru qu'on les laisserait tranquille. Toutefois, nous avons assisté à une multiplication des tentatives du système de santé mentale pour contourner les décisions de la Cour suprême du Canada.

Peu après la décision *Starson*, un atelier a été organisé au Centre for Addiction and Mental Health, ici à Toronto, afin d'informer le personnel sur ce qu'il devait maintenant faire pour contourner les dispositions découlant de ce jugement. Pour nous, cela n'a rien de nouveau. Nous l'avons vu auparavant.

Initialement, j'avais l'intention de vous remettre mes propos par écrit, mais j'ai tout jeté à la poubelle, hier, après avoir témoigné lors d'une enquête qui s'est déroulée à North Bay, mardi. Elle portait sur le suicide par pendaison d'un client d'un service médico-légal. Après avoir eu la possibilité d'examiner les trois volumes de documents, les notes cliniques, les divers tests médicaux effectués et les témoignages de particuliers, j'ai été révolté de constater qu'on avait refait les mêmes erreurs. À la lecture de votre document, j'ai constaté que, quand vous avez adopté la philosophie du rétablissement, vous avez repris la définition antérieure. Eh bien, je dois vous donner une leçon d'histoire.

La philosophie du rétablissement a d'abord été adoptée aux États-Unis dans le cas de patients souffrant de problèmes mentaux, car on s'était rendu compte que 30 pour cent des symptômes disparaissaient chez ceux qui s'éloignaient du réseau de santé mentale. Et je pense que les gens se sont trompés en parlant de « rétablissement » ou de « guérison » pour décrire ce qui n'était qu'une façon d'indiquer aux fournisseurs de service : « Ce que vous dites s'applique peut-être à d'autres, mais pas à moi ». Cette expression a été reprise par les fournisseurs de service et la définition sert maintenant de moteur d'intervention.

Hier, vous avez accueilli les gens du Gerstein Centre de Toronto. À la question « Pourquoi ne retrouve-t-on pas ce genre d'installation partout au Canada? », l'un des témoins a répondu : « Eh bien, parce que ce ne sont pas des établissements médicaux » ce qui est effectivement la raison.

Il y a 15 ans, le gouvernement fédéral savait comment s'y prendre. Il y a 15 ans, il veillait à ce qu'un grand nombre d'utilisateurs de service soient consultés. Mes collègues et moi-même avons participé, à Ottawa, à une consultation fédérale-provinciale financée par le gouvernement fédéral. Nous représentions environ un tiers des personnes présentes — au côté des fournisseurs de service et de bureaucrates — et notre position était très différente de celles des autres. À la façon dont je vois le problème, je dirais que vous devez revenir à cette vision d'un changement orchestré par les utilisateurs.

It is ironic that we can successfully intervene in court cases in an attempt to have our rights upheld, and then — you cannot believe how horrified I was — I read the presentation of the schizophrenia society that suggested you actually recommend removing the right of forensic patients to refuse treatment under the Criminal Code.

We need to stop and pay attention to what the Supreme Court said in *Winko*. It listed all of the protections that were in place, including our right to refuse treatment, as its justification for not calling it a section 15 Charter violation.

We have made a presentation to the parliamentary committee responsible for the proposed Criminal Code amendments, and there is a copy of that in your package because we understand that possibly, this committee will be reviewing it in the Senate. I implore you to fulfill your function as the chamber of sober second thought when it comes to that, because there are some horrible provisions in there that undermine our Charter rights.

We have surveyed, as part of a court challenge that has sponsored a small program here, individuals in the forensic health system in Ontario and in British Columbia. What is striking is that the system will periodically, as evidence of its accountability, tell you about the surveys that they conduct. There is a wonderful client satisfaction survey, done by the Law and Mental Health Program at the Centre for Addiction and Mental Health here in Toronto — staff-administered — that shows that people are generally pretty happy. When we interview those very same people, we get quite a different response, and I would suggest to you that the reason is, if staff members are administering a client satisfaction survey and their opinion determines your very liberty, you may be a little cautious about being forthright. All of these mechanisms have no validity.

I was so angry when I left North Bay after seeing the blatant attempts to duck responsibility for some very real physical problems that this man who killed himself had. It took 16 years for them to be addressed, and this is another common problem in the system, the tendency to see us according to our label, to dehumanize us and discount any of the realities.

A member of our organization complained for years about stomach problems and was told repeatedly, "Don't worry about it. It is just part of your illness." Recently, they finally got around to sending her for medical tests and a mass was found in her stomach that, thank God, was benign and will not kill her, but here we are again.

Two patients in North Bay reported sighting the missing patient shortly after he left the facility, and this should have triggered in the internal responses the call to the police to set the whole missing person case in motion. The nurse chose not to do that. Two hours later, a maintenance man who had done a lot of work at the facility also saw this man in the same general area and

Il est ironique que nous ayons pu intervenir dans des causes devant les tribunaux, pour faire respecter nos droits et constater, par ailleurs — vous ne pouvez pas imaginer à quel point cela m'a horrifié — à la lecture de l'exposé de la société de schizophrénie, qu'il est recommandé de retirer aux patients de psychiatrie légiste le droit de refuser un traitement en vertu du Code criminel.

Nous devons prendre acte de ce qu'a déclaré la Cour suprême dans la cause *Winko*. Elle fait état de toutes les protections en place, notamment de notre droit de refuser un traitement, pour ne pas avoir baptisé cela d'infraction à l'article 15 de la Charte.

Nous avons fait un exposé devant le comité parlementaire chargé d'étudier les modifications au Code criminel et nous vous avons d'ailleurs fait remettre un exemplaire de notre mémoire, parce que nous croyons savoir que le comité sénatorial va examiner aussi cette question. Je vous implore d'assumer votre fonction de chambre haute chargée de jeter un second regard à ce sujet, parce que certaines dispositions horribles viennent saper les droits que nous confère la Charte.

Dans le cadre d'une contestation judiciaire qui a présidé au lancement d'un petit programme, nous avons sondé des gens dans le système médico-légal en Ontario et en Colombie-Britannique. Nous avons été surpris de découvrir que ces réseaux de santé, pour prouver qu'ils sont responsables, vous communiquent les résultats de sondages qu'ils effectuent. Il existe un merveilleux sondage sur la satisfaction de la clientèle qui a été réalisé par le programme de droit et de santé mentale du Centre for Addiction and Mental Health, à Toronto — sondage qui est auto-administré — selon lequel les gens sont généralement assez heureux de leur sort. Or, quand on sonde les mêmes personnes mais de façon différente, on obtient des réponses très différentes; selon moi, cela tient au fait que, si des membres du personnel administrent un sondage de satisfaction de la clientèle et que leur opinion détermine votre liberté de patient, vous risquez d'être un peu plus prudent dans vos réponses. Tous ces mécanismes n'ont aucune valeur.

J'étais révolté quand j'ai quitté North Bay, après avoir été témoin de la tentative évidente déployée pour certains d'échapper à leurs responsabilités dans des problèmes tout à fait physiques qui ont poussé cet homme à mettre fin à ses jours. Il a fallu 16 ans pour qu'il soit arrêté, ce qui est un autre problème courant dans le système : je veux parler de la tendance à nous considérer en fonction de l'étiquette que nous portons, à nous déshumaniser et à nier nos réalités.

Un membre de notre organisation s'est plaint pendant des années de douleurs à l'estomac et on lui a sans cesse répété : « Ne t'inquiète pas, cela fait partie de ta maladie. » Récemment, on lui a enfin fait subir des tests médicaux et on lui a trouvé une masse dans l'estomac qui, Dieu merci, était bénigne et qui ne le tuera pas, mais voilà un autre exemple.

À North Bay, deux patients ont déclaré avoir aperçu le malade dont je vous parlais à l'instant, peu après qu'il eut quitté l'établissement, ce qui aurait dû déclencher une réaction à l'interne. Cette réaction aurait consisté à appeler la police pour faire une déclaration de personne manquante. L'infirmière a décidé de ne pas agir ainsi. Deux heures plus tard, un technicien

phoned in a report. Now, she believed him, and that triggered the search for him. In those two hours, he had sufficient time to get to where he wanted to go and he hung himself.

I think what needs to be understood here is people do not suddenly go mad. While I have avoided doing this for the last 15 years, I will do it here: I was found not guilty by reason of insanity in 1981 on a charge of unlawful possession of explosives. I spent 10 years in the forensic system before I was suddenly, with the stroke of a pen, cured of my mental illness, and that was the criteria at that point for leaving the system. Today, it is that we are not a danger to the public.

What is incredibly ironic about that situation is in my final review board hearing, the one question they had for me was, "How do we know in the future that you will turn to someone for assistance if you run into trouble?" My response was, "Rest assured I will not turn to you." There is a punishment involved. If you are forthright, if you are honest about your difficulties, expect to stay in longer, expect your incarceration to continue. I said, "But also be assured that my experience with you has been so unpleasant that I will do whatever I need to do not to come in contact with you again." What kind of a system would take that kind of criticism unchallenged and then turn around and say, "Okay. It is good enough for us. Go." That is exactly what happened.

Nothing has changed. On the day that I was on the stand in North Bay a report was released that another forensic patient at the Royal Ottawa Hospital had committed suicide. Most of the cross-examination of me while I was on the stand was an attempt to dismiss what I was saying, and the lawyer for the hospital said, "You will agree with me that the hospital did end up providing this piece of medical equipment." It is called a CPAP machine and allowed the man to keep breathing at night. My response was, "I will agree that after 16 years and ample evidence that a physical condition existed, two months before his death, you got that machine for him. Yes, I agree."

Our issues: There was something ironically called the first annual database on warrant of the lieutenant-governor populations. It was commissioned in 1989 by the federal justice department and the review boards across the country and was authored by a man named Chris Webster, a researcher who was with the Clarke Institute at that time. It was a demographic study of the population across the country, and some rather interesting statistics came out of it — for example, the lack of education among people in the forensic system.

The highest grade average was in Alberta, at grade 11. Here in Ontario, it was grade 9; 25 per cent of people had zero income at the time of the offence. They were not on social assistance. They were not on anything. They had nothing; 25 per cent of that

d'entretien, qui travaillait dans l'établissement, a également aperçu cet homme dans le même secteur et l'a signalé par téléphone. Cette fois-ci, elle l'a cru et a déclenché les recherches. Les deux premières heures auraient été amplement suffisantes pour le rejoindre là où on l'a finalement trouvé pendu.

Ce qu'il faut bien comprendre ici, c'est que les gens ne deviennent pas subitement fous. Cela fait 15 ans que je refuse de parler d'une chose, mais je vais le faire ici. J'ai été déclarée non coupable de possession d'explosifs illégaux en 1981, parce qu'on m'a jugé déséquilibré. J'ai passé 10 ans dans le système médico-légal avant, du jour au lendemain, d'un simple coup de crayon, d'être déclaré « guéri » de ma maladie mentale, ce qui m'a permis de sortir du système. Aujourd'hui, nous ne sommes pas des dangers pour le public.

Ce qu'il y a eu d'incroyablement ironique dans toute ma situation, c'est ce qui s'est passé à la dernière audience de la commission d'examen quand on m'a demandé : « Comment pouvons-nous avoir la certitude que, dans l'avenir, vous allez demander l'aide de quelqu'un si vous avez des problèmes? » J'ai répondu : « Ne vous inquiétez pas, je reviendrais vous voir. » Ce genre de question peu donner lieu à une lourde sanction. Si vous êtes franc et honnête au sujet de vos difficultés, vous devez vous attendre à rester plus longtemps, vous devez vous attendre à ce que votre incarcération se poursuive. J'ai déclaré : « Ne vous inquiétez pas, j'ai tellement détesté mon séjour parmi vous, que je ferai tout ce qu'il faut pour ne plus jamais avoir affaire à vous. » Où d'autre pensez-vous qu'on accepterait ce genre de critique en vous répondant : « Fort bien. Cela nous va. Vous pouvez partir! » Et c'est exactement ce qui s'est passé.

Rien n'a changé. Le jour où j'ai témoigné en cour à North Bay, j'ai appris qu'un autre patient d'un centre médico-légal, à l'Hôpital Royal d'Ottawa, s'était suicidé. Durant mon contre-interrogatoire, l'avocat de l'hôpital a essayé de démontrer tout ce que j'avais déclaré, « Vous conviendrez avec moi, » a-t-il dit, « que l'hôpital a fini par fournir cet équipement médical. » Il voulait parler d'un appareil de ventilation en pression positive continue qui permettait à cet homme de respirer la nuit. Je lui ai répondu : « Je suis d'accord qu'après 16 ans et de multiples preuves de son état physique, je suis d'accord que deux mois avant son décès, vous lui avez fourni son appareil. Oui, je suis d'accord avec vous. »

Il existe une base de données qu'on a ironiquement appelée la première base de données annuelle sur les mandats des populations du lieutenant-gouverneur. Celle-ci a été commandée en 1989 par le ministère fédéral de la Justice et par les commissions d'examen de partout au Canada, et on la doit à un certain Chris Webster, chercheur qui, à l'époque, travaillait au Clarke Institute. Il s'agit d'une étude démographique de la population au Canada, étude qui part de certaines statistiques intéressantes, comme le manque d'instruction des patients qui fréquent le réseau médico-légal.

C'est en Alberta que la note moyenne la plus élevée a été accordée, avec 11. En Ontario, la note est de 9, 25 pour cent des personnes n'avaient aucun revenu à l'époque de leur infraction. Elles ne bénéficiaient d'aucune aide sociale. Elles n'avaient

population was homeless. There was massive unemployment due to lack of education and vocational skills and substandard or no housing.

Even the World Health Organization recognized back in 1990 that income levels are basic determinants of mental health, and we seem to have swept that all aside. We pay lip service to the notion that these are the things that are required, when what is required instead is a massive intrusion of the services currently available in the institutional sector into the community.

I know that some questions were raised here yesterday about ACT teams. They are an absolute disaster. I was asked in 1990 as part of my job to review the prototype for ACT teams in this province at the Brockville Psychiatric Hospital, led by Dr. LeFevre. The battle was already being waged between staff people who had come from the institutional side and those who were more community oriented. Their goal at that time was to address five issues in people's lives: their housing situation, their employment situation, their educational situation, their recreational situation and their social situation.

When people presented at the hospital, the emergency ward, looking to be admitted, they were moved over to him. He would send them home with his staff, who were to remain with them until such time as the issues had started to be addressed. He was able to close a 38-bed psych ward as a result of that. He lost the battle for control, and what we ended up with, as the institutional sector side won, is what we have today.

I could go on for ever, but my time is up.

The Chairman: Thank you to all three of you for coming. I would like to ask all of you a question.

Given the number of people sentenced to prison who suffer from some form of mental illness — I am not now talking necessarily about extreme cases — what services, if any, do they actually receive; and when their prison term is over, has their problem actually been treated, has it become worse, or is it the same?

Mr. Pritchard: I would approach it from the perspective of the forensic mental health population because that is what I am most familiar with. There are a number of people who have been in both the prison system and the mental health system, or at least the forensic part of it, and when asked, a significant number would have preferred being sent to prison because they believe there were more options available to them there.

One of our recommendations to the jury in North Bay was, following the model of the Youth Criminal Justice Act, that non-clinical staff positions be created whose sole function is to be assigned to individuals when they enter the system and their only concern is the necessary tools when people leave and helping to address them. Quite frankly, if our life issues, which I tell you are major contributors to what we are choosing to call mental illness,

aucune assistance. Rien! Vingt-cinq pour cent de cette population était sans abri. On a également constaté un chômage massif dû à un manque d'instruction ou de formation professionnelle et les logements étaient inférieurs aux normes, quand il n'étaient pas inexistants.

Même l'Organisation mondiale de la santé, en 1990, a reconnu que les niveaux de revenu sont des facteurs déterminants de la santé mentale et nous semblons avoir oublié tout cela. Nous nous disons que c'est cela qui est nécessaire, tandis que ce qu'il nous faut en fait, c'est d'étendre massivement au niveau communautaire les services qui sont actuellement offerts par le secteur institutionnel.

Hier, vous avez posé des questions au sujet des équipes ACT. Ces équipes ont été une véritable catastrophe. En 1990, dans le cadre de mon travail, on m'a demandé de revoir le prototype des équipes ACT dans cette province, à l'hôpital psychiatrique de Brockville, sous la direction du Dr LeFevre. La bataille était déjà bien enclenchée entre le personnel qui prêchait pour les institutions et d'autres qui penchaient davantage pour les services en milieu communautaire. L'objectif visé à l'époque était de traiter de cinq aspects de la vie des gens : le logement, l'emploi, l'instruction, les loisirs et la situation sociale.

Quand des gens se présentaient à l'hôpital, à la salle d'urgence, pour être admis, on les dirigeait vers le Dr Lefevre. Celui-ci les renvoyait chez eux en compagnie du personnel qui devait rester sur place jusqu'à ce que le problème commence à se régler. Il a pu ainsi fermer 38 lits du service psychiatrique. Il a perdu la bataille pour le contrôle et, à cause de cela, le secteur institutionnel a gagné la partie et c'est la situation dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui.

Je pourrais continuer ainsi jusqu'à plus soif, mais je n'ai plus de temps.

Le président : Merci à vous trois de vous être déplacés. Je vais vous poser une question à vous trois.

Quels services reçoivent les très nombreuses personnes incarcérées qui souffrent de maladie mentale — je ne parle pas ici nécessairement des cas extrêmes — si elles en reçoivent? Quand elles sortent de prison, est-ce que leurs problèmes ont été traités, s'est-il aggravé ou est-ce que rien n'a changé?

M. Pritchard : J'aborderai la chose sous l'angle de la population traitée par le réseau psychiatrique légiste, parce que c'est celui que je connais le mieux. Nombre de ceux qui ont fréquenté le système carcéral et le système de santé mentale, du moins le système de psychiatrie légiste, disent en général préférer la prison parce que celle-ci semble leur offrir plus d'options.

L'une des recommandations que nous avons adressées au jury, à North Bay, reprenait le modèle de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, modèle voulant que des postes non cliniques soient créés avec pour seule fonction d'accompagner les personnes qui sont admises par le système et ayant pour seule préoccupation de disposer des outils nécessaires au moment où les gens partent afin de les aider à régler leurs problèmes. En effet, si

are not addressed, if you open the door after years of incarceration and say, "Now, take care of your life and don't screw up," it will be a disaster.

Dr. Cotton: Not surprisingly, my answer to that is slightly different from Randy's. The people he is talking about are contained in the mental health system, the forensic patients. They are not in the prison system, and I would say that in the forensic system in Ontario, you get the same standard of care as in the rest of the psychiatric system. You can make your own judgments about what standard of care that is, but certainly my experience in forensic programs is the care was more or less the same as you got elsewhere in the psychiatric hospital, warts and all.

Certainly from my experience in talking to patient/consumer/survivors, one of the main reasons that people often prefer a prison sentence to a forensic sentence is that it is a determined length. When I was director of forensics, we had in our program a man who had shoved a bag lady. He would not have received five minutes of jail time had he been found guilty of that crime, but he had been in our program for over five years. There is a definite preference, unless you are serving a sentence for murder, for doing the jail time, because you will get out a lot quicker.

In terms of your specific question about services, it would be my personal opinion — and again, I hope not to be unemployed soon — that the standard of care in the federal correctional system does not come close to meeting a community standard. The principles of correctional treatment involve criminogenic needs, degree of risk and responsivity factors, and so mental health issues are primarily addressed only if it addresses the criminal behaviour.

The more generic needs, unless they are acute, are not generally addressed within the correctional system. It is not part of the mandate. Corrections is not health care, believe me. It is not health care. It is jail. It is a very low priority within the system.

The floor I am working on has eight psychologists, three nurses, a social worker, an OT and a clerk. This is a hospital. We are the hospital in Ontario for federal corrections. Our printer cartridge, one that 15 of us share, ran out and we were told we would get a new one in the next fiscal year, which, as you know, is April. That is how high we are in the priorities. It is not a community standard of care.

The Chairman: Is it fair then for me to conclude that you are really saying — and I am not talking about forensic patients now, I am talking about the general prison population — that if people clearly need mental health treatment of some kind, counselling,

l'on ne règle pas ces problèmes, qui sont les principales causes de ce qu'on appelle les maladies mentales, après plusieurs années d'incarcération, si l'on dit à la personne « Maintenant, prends ta vie en main et ne fais pas de bêtises » on court à la catastrophe.

La Dre Cotton : Cela ne vous étonnera pas, mais je vais vous donner une réponse légèrement différente de celle de Randy. Les gens dont il parle font partie du réseau de la santé mentale, il s'agit des patients médico-légaux. Ils ne sont pas incarcérés et je dois préciser qu'en Ontario, dans le système psychiatrique légiste, les normes de soins sont exactement les mêmes que dans les autres branches de la psychiatrie. Je vous laisse décider de ce que valent ces normes, mais j'ai constaté que les choix offerts par les programmes médico-légaux sont à peu près identiques à ceux qui sont offerts dans un hôpital ou dans un service psychiatrique normal.

Pour m'être entretenue avec des patients, des utilisateurs de soins et des PVP, j'ai constaté que l'une des principales raisons pour lesquelles les gens préfèrent souvent la prison à un traitement en centre psychiatrique légiste, tient à la durée de la peine. Quand j'étais directrice des services médico-légaux, nous avons accueilli un patient qui avait volé le sac à main d'une dame. On ne lui aurait pas, pour ce crime, infligé cinq minutes de prison, mais il a passé cinq ans parmi nous. Les gens préfèrent de loin faire une peine de prison, parce qu'ils sortent beaucoup plus tôt, à moins qu'ils ne soient condamnés pour meurtre.

Pour ce qui est de votre question relative aux services, je vous dirais personnellement — et j'espère que je ne vais pas bientôt me retrouver au chômage — que la norme de soins dans le système correctionnel fédéral est loin de correspondre à la norme appliquée dans le milieu communautaire. Les principes du traitement en milieu correctionnel reposent sur la criminogénèse, sur le degré de risque et les facteurs de réponse, si bien que les problèmes de santé mentale ne sont traités que s'ils concernent le comportement criminel.

Les besoins d'ordre plus général, à moins qu'ils soient très aigus, ne sont généralement pas traités dans le système correctionnel. Cela ne fait pas partie du mandat. Croyez-moi, les pénitenciers ne sont pas des centres de soins. On n'y dispense pas des soins de santé. Ce sont des prisons. La santé n'est pas une très grande priorité dans le système.

Dans mon service, il y avait huit psychologues, trois infirmières, un travailleur social, un OT et un commis. Il s'agit d'un hôpital. Nous sommes l'hôpital du service correctionnel fédéral pour l'Ontario. Il nous faut remplacer la cartouche d'encre de notre imprimante, que nous partageons à 15, mais on nous a dit qu'il faudrait attendre le prochain exercice financier pour en avoir une; comme vous le savez, cet exercice commence en avril. Voilà le genre de priorité qu'on nous accorde. Nos soins ne correspondent pas à la norme de soins communautaires.

Le président : Je peux donc conclure de ce que vous dites — et je ne parle pas à présent des patients des services médico-légaux, mais de la population carcérale en général — que ceux et celles qui ont vraiment besoin d'un traitement en santé mentale, que ce soit

whatever, that by and large, that is not given and that they therefore come out, at the very least, no better and, conceivably, worse than when they went in?

Dr. Cotton: If their mental health issues are directly related to the commission of a crime, they will likely get some treatment that would not be as intensive or as ongoing as if they had been able to access services in the community. If it is directly related to their criminal offences, they are more likely to get treatment.

Also, it depends on what you are talking about. For sex offenders there is a lot of intensified, high-level and ongoing treatment available, and in spite of what the public seems to think, moderately successful treatment. However, the rate of depression, for example, among federal offenders is incredibly high, for a variety of reasons that you can guess at, and if it is not really related to criminal behaviour, they are low on the totem pole.

Institutions other than psychiatric hospitals will house 400 to 600 offenders, and will have maybe four or five psychologists; that is it. There is no team.

The final piece of the puzzle is the linkage to the outside world. The federal correction service does not provide aftercare. There is the parole system and there are some psychologists who work with ex-offenders in the community. However, if people need much more intensive care, they should be reintegrated and accessing the same services as everybody else. Of course, it is hard enough for everybody else to get access, and far more difficult for somebody with a criminal record.

Ms. Pate: My experience would be very similar to what has been discussed, except that when people are locked in isolation cells, often, any other place sounds better. I just want to be clear, getting people out to get them into a mental health or a psychiatric setting is not something I would normally advocate, but when faced with the prospect of people potentially dying in an isolation cell, obtaining a court order to get them out for an assessment has sometimes been the only way to get them before the court again. In some of those cases, we have managed to squeeze out a little space to reopen what has happened to them in the prison system. I do not want to be heard as in any way advocating putting people into forensic units. That is not it.

It has probably been a little different for women because five new mental health units have been constructed across the country in women's prisons in recognition of the reality that I was talking about earlier. However, the people who end up there are not the women who were, if you will, the rationale for those units being put in place, and in large part, it is because the type of program and the types of services that are being offered are not meeting their needs.

sous la forme de conseils ou autres, ne reçoivent pas ce genre de service en général et que, ce faisant, ils ne ressortent pas dans un meilleur état pour ne pas dire qu'ils sont pires qu'avant.

La Dre Cotton : Si leurs problèmes de santé mentale sont directement liés à la commission d'un crime, il est fort probable qu'ils bénéficient d'un traitement, mais qui ne sera pas très poussé ni permanent, contrairement à celui qu'ils auraient reçu dans des services communautaires. Toutefois, si les troubles mentaux ont un rapport direct avec leur infraction criminelle, ils sont plus susceptibles de recevoir un traitement.

De plus, tout dépend de ce dont on parle. Il existe beaucoup de traitements permanents, de haut niveau, intensifiés, pour les délinquants sexuels et, malgré ce que le public semble penser, ce sont des traitements qui donnent d'assez bons résultats. Toutefois, le taux de dépression, par exemple, chez les délinquants incarcérés dans le système fédéral, est incroyablement élevé pour toute une diversité de raisons que vous pouvez imaginer et si l'on ne considère pas que la dépression est associée à un comportement criminel, elle n'est pas traitée en priorité.

Des établissements autres que les hôpitaux psychiatriques accueillent 400 à 600 délinquants pour lesquels il y a peut-être quatre ou cinq psychologues de service, pas plus. Il n'y a pas d'équipe soignante.

Le dernier élément de ce casse-tête, c'est le lien avec le monde extérieur. Le service correctionnel fédéral n'assure pas de suivi à la sortie. Il n'y a pas de système de libération conditionnelle ni de psychologues qui travaillent auprès des ex-délinquants au sein de la collectivité. Toutefois, si quelqu'un a besoin de soins plus importants, il est possible de le réintégrer dans les mêmes services que tous les autres. Bien sûr, c'est assez difficile pour qui que ce soit d'accéder à ce genre de services et ce l'est encore plus pour celui qui a un casier judiciaire.

Mme Pate : Mon expérience est à peu près semblable à celle qui vient d'être décrite, si ce n'est que pour quelqu'un qui est isolé, très souvent, n'importe quel autre endroit paraît mieux. Je veux être bien clair sur une chose, quand on interne un détenu ou une détenue dans un établissement psychiatrique ou de santé mentale, ce n'est généralement pas quelque chose que l'on va claiçonner, mais quand on est confronté au risque d'un décès en cellule d'isolement, on peut obtenir l'ordonnance d'un tribunal pour soumettre la personne à une évaluation psychiatrique et c'est parfois la seule façon de faire passer leur cas devant un tribunal. Dans la plupart des cas, nous sommes arrivés à nous ménager un peu d'espace pour revenir sur ce qui leur est arrivé dans le système carcéral. Ne pensez cependant pas que je suis en train de prêcher pour que l'on confie ces gens-là aux services médico-légaux. Ce n'est pas le cas.

La situation est sans doute un peu différente pour les femmes parce que cinq nouveaux services de santé mentale ont été ouverts un peu partout dans les prisons pour femmes au Canada, après qu'on a pris acte de la réalité dont je vous ai parlé plus tôt. Toutefois, les femmes qui se retrouvent là ne sont pas celles pour qui on avait destiné ces services à l'origine et, en majeure partie, cela est dû au fait que les programmes et les services qu'on y offre ne répondent pas à leurs besoins.

There are behaviour science technicians who offer the kind of psycho-social behaviour modification treatment that has been shown in many other places not to be the most effective way to deal with anybody, whether or not they are in prison or in mental health facilities. Our experience is that where there are in fact some supports, it tends to be the kinds that are provided outside the correctional milieu. It will be an individual who will take the time to provide some services. It may be a linkage to the community. It may be an advocate who has been in touch, and yes, the services in the community are lacking as well, and largely because it has not been a priority. A person who is low on the totem pole is actually in a significant place. In my experience it is quite the opposite, there are people who are not on the totem pole at all.

We have women who started out with 18-month sentences doing 18 years now, all from charges that have accumulated inside that have been linked to mental health issues. Most of them end up being held until their warrant expiry, because if they have the misfortune to have their criminal behaviour linked to their mental health, then they are more likely to be seen as dangerous, despite all the research to the contrary that I believe you have heard about. Lots of people, as well as those who live the experience, can tell you that in fact there is no correlation between mental illness or mental health labels and violence, and yet that is the first label to be attached.

Resisting restraint or busting down a segregation cell door that hits someone will cause people to end up facing charges of assaulting guards, that sort of thing. Sometimes they will actually assault a guard because that is the person they see as standing between where they are and where they need to get to.

I have been in the segregation unit and have sometimes argued, mostly unsuccessfully, to have those doors unlocked, and I have never been assaulted. What Randy was talking about is that we see a different person in a different context. The person with whom you are intervening understands that you are there to assist, to advocate, and not to further intrude on their rights. I am not suggesting it is a magical solution. I think it is quite straightforward that when you have that kind of control over your life, you will exercise it in a way that is beneficial for you and for others generally, even if you are seen to be in a state other than what is often termed "normal."

As I mentioned, despite best efforts to develop programs and services inside, they are not meeting the needs, and it is fundamentally about seeing it through the correctional lens.

On y trouve des techniciens en science du comportement offrant des traitements axés sur la modification du comportement psychosocial qui, comme on l'a démontré ailleurs, ne sont pas les traitements les plus efficaces pour ce genre de personnes, qu'elles soient en prison ou dans un établissement de soins psychiatriques. Nous avons constaté que, là où il existe des services de soutien, ceux-ci sont généralement fournis en dehors du milieu correctionnel et ils sont dispensés par une personne qui fait cela sur son temps. Il s'agit d'une personne qui prend le temps d'offrir certains services. Il peut y avoir un lien avec la communauté. Il peut s'agir d'un intervenant en contact avec la personne incarcérée et il est vrai que les services communautaires font actuellement cruellement défaut, principalement parce qu'ils ne sont pas une priorité. Quand quelqu'un tombe en bas de la liste de priorité, on peut dire qu'il garde une certaine place, mais j'ai constaté qu'il arrive que des gens n'apparaissent même plus sur la liste de priorité.

Nous avons des femmes qui ont entamé une peine de 18 mois et qui sont là depuis 18 ans, tout cela à cause d'accusations accumulées pendant qu'elles étaient incarcérées et tout cela pour leurs problèmes de santé mentale. La plupart d'entre elles sont retenues derrière les barreaux jusqu'à expiration de leur mandat, parce qu'elles ont eu le malheur d'avoir un comportement criminel associé à la santé mentale et qu'à cause de cela, on considère qu'elles sont plus dangereuses, même si la recherche prouve le contraire, recherche dont vous avez sans doute entendu parler. Bien des gens, notamment ceux qui ont vécu cette expérience, pourront vous dire qu'il n'y a pas de rapport entre la santé mentale ou les étiquettes de santé mentale et la violence, ce qui n'empêche que l'on rattache automatiquement la violence aux troubles mentaux.

Le fait de résister à une arrestation ou de défoncer la porte d'une cellule d'isolement qui heurte quelqu'un vaut au coupable ou à la coupable une accusation d'agression contre ses gardiens, ou quelque chose du genre. Il arrive qu'un détenu agresse un gardien, parce que c'est la personne qui se trouve simplement à barrer le chemin.

J'ai été dans le service d'isolement et j'ai souvent réclamé, le plus souvent en vain, qu'on déverrouille les portes et je ne me suis jamais faite agressée. Ce dont parlait Randy concerne une personne différente dans un contexte différent. La personne auprès de qui on intervient comprend que vous êtes là pour l'aider, pour devenir sa porte-parole, et pas pour empiéter davantage sur ses droits. Je ne suis pas en train de dire qu'il y a une solution magique. Les choses sont assez simples. Quand on peut contrôler sa vie, on peut exercer ce contrôle d'une façon qui vous est bénéfique et qui est bénéfique pour les autres en général, même si vous vous trouvez dans un état qui est différent de ce que l'on appelle souvent un état « normal ».

Comme je le disais, malgré tous les efforts qui ont été déployés pour offrir des programmes et des services derrière les barreaux, on ne parvient pas à répondre aux besoins de la population carcérale parce qu'on offre ces services et ces programmes dans une optique correctionnelle.

Therefore, our recommendation, and that of DisAbleD Women's Network of Canada, was for the use of a provision in the Corrections and Conditional Release Act that for health reasons — and mental health comes under that — allows individuals to be taken out of prison at any point in their sentence for more appropriate health services that meet their needs in the community. I suggest that that is a mechanism that does not require law reform, but could trigger a look at community-based options.

For instance, in one case, a woman who was serving a life sentence was 15 years past her parole eligibility dates, but because primarily of her mental health condition, had not been able to even get the reports from corrections to go before the National Parole Board. Her mental health condition was linked to her offending, even though everybody agreed they did not know why because she had never shown any other instance of violence in the 25 years she had been in prison.

The only way we could publicize it was to approach a filmmaker to make a film, and if you have not seen *Sentence Vie/Sentenced to Life* I would recommend you have a look at it, either as a committee or individually. I think it captures some of what we are talking about, how people get spun into the system and can never get out. The insanity, and I use that word advisedly, of the system was exposed to public view and it resulted in corrections ceasing to put that woman in segregation and agreeing to let her have some control over the services she was accessing. I am happy to say that she is now more than half time in the community, starting with one of our halfway houses and with some additional supports, but those resources are still lacking.

If you look at the millions of dollars that have been spent by corrections on the women's prisons for these mental health units that are still not meeting the needs, versus the cost of an occasional extra mental health worker or support advocate in the community, you see the dichotomy.

On two occasions now, I have taken holidays for a week to go and walk with individuals whom we have identified as high profile. Our organization has identified about 17 women as high profile and with whom our two-woman office has become directly involved.

Even when resources are applied, there is virtually nothing in the community, so our halfway houses are being approached to provide services to women, but our staffing situation means we are unable to help in those ways. Means that could obviously be more humane and also far more cost effective are not being implemented.

C'est pour cela que le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada et nous-mêmes avons recommandé d'adopter une disposition dans la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition pour que l'on permette aux personnes malades — et les personnes qui souffrent de maladie mentale tombent dans cette catégorie — de quitter la prison à un moment donné de leur peine pour être transférées dans des services de santé plus adaptés susceptibles de répondre à leurs besoins au sein de la communauté. Ce genre de mécanisme n'exige pas une réforme de la loi, mais il pourrait être l'occasion d'examiner des formules à l'échelon communautaire.

Il y a, par exemple, eu le cas de cette femme qui avait été condamnée à vie et qui avait dépassé de 15 ans sa date d'admissibilité à une libération conditionnelle à cause essentiellement de ses troubles mentaux, et qui n'a même pas été en mesure d'obtenir les rapports des services correctionnels avant de comparaître devant la Commission nationale des libérations conditionnelles. On a établi un lien entre les infractions commises et son état mental, bien que personne n'ait été en mesure de dire pourquoi étant donné qu'elle n'avait jamais été violente dans les 25 années passées en prison.

La seule façon de dénoncer cela publiquement a constitué pour nous à demander à un cinéaste de faire un film que je vous recommande d'aller voir si vous ne l'avez déjà vu, film qui s'intitule *Sentence Vie/Sentenced to Life*. Faites-le en comité ou individuellement. Je crois que ce film traite exactement de ce dont nous parlons, de la façon dont les gens se retrouvent plongés dans le système et ne peuvent plus jamais en sortir. La folie du système, et j'emploie ce terme à dessein, a été d'énoncer publiquement l'adoption de mesures correctives qui ont consisté à ne plus placer cette femme en isolement et à permettre qu'elle ait un certain contrôle sur les services auxquels elle devait accéder. Je suis heureuse de dire qu'elle passe maintenant plus de la moitié de son temps dans la collectivité, qu'elle vient de s'installer dans une de nos maisons de transition et qu'elle bénéficie de services de soutien supplémentaires. Malheureusement nous manquons encore de ressources.

Vous serez frappé si vous regardez les millions de dollars qui ont été investis dans des services de santé mentale, par le service correctionnel, dans des prisons pour femmes, services qui ne répondent encore pas aux besoins, par rapport aux coûts que représenterait l'emploi d'un travailleur supplémentaire en santé mentale ou d'un intervenant communautaire.

À deux reprises, j'ai pris des congés d'une semaine pour aller marcher avec des personnes que nous considérons comme particulièrement remarquables. Notre organisation a en effet recensé 17 femmes dites « remarquables » auprès de qui notre bureau de deux employées intervient directement.

Même quand nous déployons les ressources, force est de constater qu'il n'existe presque rien dans la communauté et ce sont nos maisons de transition que l'on contacte pour offrir ce genre de services aux femmes. En revanche, à cause d'un manque de personnel, nous ne sommes pas en mesure de leur apporter une aide. On ne met pas en œuvre des moyens qui seraient plus humains et qui seraient aussi beaucoup plus rentables.

Senator Trenholme Counsell: One of the questions I asked yesterday concerned information on persons in the correctional system. I wanted to know whether, given the intensive interrogation and examination that precedes an admission to a maximum or medium security facility, when a person arrives, do you have a substantial amount of good, correct, useful information on that person's health status and social status? Of course, now I am thinking mainly of mental illness. Do staff members avail themselves of that information? Is it mandatory? Is it a must?

Ms. Pate: Certainly my experience is limited, because I am not usually there when someone is being taken in, but because of inquests, some of the interventions we have done in court cases, and all the advocacy work I do, I often see some of those documents because the women ask me to review them. Generally, if it is linked to the offence, as Dr. Cotton said, if it is seen as a criminogenic factor, it will be there. If it is seen as linking to that, it will be there, but it will appear in very odd ways.

For instance, a woman who was labelled schizophrenic, who had been raped by her father, was seen as having inappropriate relationships. One of the things that were seen as contributing to her criminality and included in her file was that she had had a sexual relationship with her father. That was included as an indication of inappropriate behaviour, and my response was, in what context do we see rape of a child by her father as somehow within her control. Then how do we make the leap that it is somehow linked to her offending. It may very well be that her history of abuse was the reason she defended herself against the man who attacked her when she was being prostituted on the street, but it is certainly not indicative of a mental health issue, I would suggest.

Part of the reason that Madam Justice Arbour, the Auditor General, the Public Accounts Committee and the Canadian Human Rights Commission have recommended alternative strategies for assessment in classification of women is that it is usually an overlay of a male model. If a woman has experienced violence and then has reacted to that, it will often trigger the switching of a need to a risk, and it will be characterized as a risk factor. She may then be required to take anger management classes, when I would say — not to condone the use of violence — if you are a woman who has experienced a long history of violence and you react to another act of violence against you with violence, then to characterize the problem as only your violence and not put it in the context of what has been happening historically and currently in your life is problematic.

I am not sure if that answers your question, but certainly, there is often information there. How it gets used is often the greatest challenge, because it is seen through that lens of criminality.

Le sénateur Trenholme Counsell : L'une des questions que j'ai posées hier concernait les renseignements dont on dispose sur les détenus. Je voulais savoir si, étant donné le type d'interrogatoire et d'examen poussé qui précède la mission dans une installation à sécurité maximale ou moyenne, à l'arrivée d'un futur détenu, vous recueillez des données suffisantes, de bonne qualité et utiles, relativement à l'état de santé ou au statut social de cette personne? Je pense bien sûr ici à tout ce qui concerne la santé mentale. Est-ce que des membres du personnel proposent ce genre d'information? Est-ce obligatoire?

Mme Pate : Mon expérience dans ce domaine est limitée, parce que je ne suis généralement pas là lors des procédures d'admission, mais d'après les enquêtes que nous avons effectuées, d'après les interventions que nous avons faites devant les tribunaux et d'après le travail d'intervention que je fais sur le terrain, il m'est souvent arrivé de voir ces documents, parce que les femmes elles-mêmes me demandent de les consulter. En général, si l'état mental est en rapport direct avec l'infraction, comme le disait le Dr Cotton, on considère alors qu'il s'agit d'un facteur criminogène. Si les autorités considèrent que ce lien existe, il est mentionné, mais d'une façon très étrange.

Je vais vous donner le cas de cette femme qu'on avait étiquetée de schizophrène. Elle avait été violée par son père et on avait vu que les deux entretenaient des relations contre nature. Eh bien, il était notamment mentionné dans son dossier qu'un des facteurs ayant contribué à sa criminalité était le fait qu'elle avait eu des relations sexuelles avec son père. Il était également fait mention d'un comportement inapproprié et j'ai dit que, dans ce contexte, on avait l'impression qu'elle avait été consentante. Ensuite, comment faire ce saut qui consiste à établir un lien entre ses relations et ses démêlés avec la justice. Il est possible qu'à cause de son passé d'enfant violente, elle ait dû se défendre contre l'homme qui l'a attaquée quand elle se prostituait dans la rue, mais rien, selon moi, n'est indicatif d'un problème de santé mentale dans ce cas.

L'une des raisons pour lesquelles la juge Arbour, la vérificatrice générale, le Comité des comptes publics et la Commission canadienne des droits de la personne ont recommandé d'appliquer cette stratégie pour évaluer la classification des femmes, c'est qu'en général on fait un recoupement avec les modèles établis pour les hommes. Si une femme a été victime de violence et qu'elle a réagi, cela déclenche souvent le besoin chez elle de se protéger contre tout risque éventuel, ce qui amène les autorités à la considérer comme présentant elle-même un risque. On peut alors lui demander de suivre un programme de gestion de la colère, programme dans lequel nous lui dirons, pour ne pas sanctionner le recours à la violence, qu'il est très difficile, dans le cas d'une femme qui a eu toute une vie marquée par la violence et qui réagit à un acte violent commis contre elle mais sans être elle-même violente, de dissocier sa violence de son vécu passé et présent.

Je ne sais pas si cela répond à votre question, mais effectivement, il existe des informations. Le plus grand problème tient souvent au fait que ces informations sont utilisées sous l'angle de la criminalité.

Senator Trenholme Counsell: You have answered in part, but I was wondering, for instance, is there a social history, work history, medical history, criminal history or whatever? Is it all there in a succinct, accessible, clear fashion?

You are talking about the difficulties in the case of rape or reaction to violence. Those are not necessarily subtle, but they are factors of which I would expect to see some documentation. Not being part of the system, I am not sure how much could be put in such a record, but can the correctional officers, and you as an intervener, read that and know a lot about the person?

Ms. Pate: I find that out from talking to the individual herself.

Senator Trenholme Counsell: However, you do not have what I call a chart sheet. You do not have a file or whatever that you can go through quite quickly.

Ms. Pate: Well, there is the Correctional Service of Canada's intake process. Although we have challenged some of those provisions as unconstitutional because they go into things like social condition and start to translate them into risk factors.

Those are factors such as you have lived in a low income area, you do not have an education, or other family members have a criminal history. We know from the Causey report that in Alberta, 90 per cent of Aboriginal men have a criminal record by the time they reach the age of 30.

If those kinds of categories exist when people are being assessed, then it is left to the judgment of the individual, who can characterize that category as a risk factor. It could be done by the new 25-year-old caseworker.

Dr. Cotton: If I can comment on that, there is a fairly detailed history taken on people when they come in, but it is a criminal history and factors related to offending behaviour.

I am the neuropsychologist for Ontario, so I see all the institutionalized people who are viewed as having some kind of "brain damage," which includes everything. There is nothing in the files that constitutes what in a hospital would be called the social history, and it is problematic, for reasons that Kim points out.

A lot of the information can be used against the offenders, as can my report. It is a very delicate position for me to be in if I say, "This man has a lot of frontal lobe damage, and he has impulse control problems because he has damage to his left temporal lobe." The upshot of me saying that is they will keep him in longer because they will assume he is likely to reoffend, which may or

Le sénateur Trenholme Counsell : Vous avez répondu en partie à ma question mais je me demandais, par exemple, s'il existe un dossier social, un dossier de travail, un dossier médical, un dossier criminel ou autres? Est-ce que toutes ces informations apparaissent de façon succincte et accessible quelque part?

Vous parliez des difficultés qui se posent dans le cas d'un viol ou d'une réaction à un acte violent. Ces cas-là n'ont rien de subtil, mais je m'attendrais à ce qu'une documentation soit établie dans ces situations. Comme je ne fais pas partie du système, je ne sais pas combien d'informations peuvent apparaître dans un dossier, mais est-ce qu'un agent des services correctionnels, et vous-même tant qu'intervenante, avez accès à ces informations et est-ce que vous en savez beaucoup sur les détenus?

Mme Pate : J'obtiens l'essentiel de mes renseignements en m'entretenant avec les personnes mêmes.

Le sénateur Trenholme Counsell : Quoi qu'il en soit, vous n'avez pas ce que l'on appelle un dossier de patient. Il n'existe pas de dossier quelconque que vous pourriez consulter rapidement.

Mme Pate : Au Service correctionnel du Canada, il y a la procédure d'admission. Nous avons contesté certaines dispositions de cette procédure que nous jugeons inconstitutionnelle, parce qu'elles portent sur des aspects comme la condition sociale et qu'elles débouchent sur la formulation de facteurs de risque.

Ces facteurs sont constitués, par exemple, par le fait qu'on a résidé dans une région où le revenu est faible, quand on n'a pas beaucoup d'instruction ou quand d'autres membres de la famille ont un dossier criminel. Nous avons appris, dans le rapport Causey, qu'en Alberta 90 pour cent des hommes autochtones ont un dossier criminel avant qu'ils n'atteignent l'âge de 30 ans.

Pour classer les détenus à leur admission dans ces différentes catégories, il faut porter un jugement et il faut alors déterminer l'appartenance à telle ou telle catégorie constitue un facteur de risque. Or, ce travail peut être réalisé par un travailleur de cas tout nouveau qui a 25 ans.

La Dre Cotton : Permettez-moi d'intervenir à ce sujet. Nous prenons énormément de détails sur le passé des gens à leur arrivée, mais il s'agit uniquement d'éléments concernant leur passé criminel et de facteurs liés aux infractions commises.

Je suis neuropsychologue pour l'Ontario et je vois toutes les personnes institutionnalisées que l'on considère comme ayant subi une forme ou une autre de « lésion cérébrale », ce qui veut dire tout et rien. Rien dans les dossiers ne constitue ce qu'un hôpital pourrait qualifier d'historique social, ce qui fait problème pour les raisons soulevées par Kim.

Il est possible d'utiliser beaucoup d'informations contre les délinquants, tout comme les rapports. Je me trouve dans une position délicate quand je dois dire que tel homme a subi des lésions importantes au niveau du lobe frontal et qu'il a des problèmes à contrôler ses impulsions à cause de lésions au lobe frontal gauche. D'un côté, je me dis qu'on va le garder plus

may not be true. In fact, we do not have data to support that, but theoretically, it makes sense.

It also means there are “bazillions” of sets of files within the correctional system, so the work that I and the mental health workers do in the system is not accessible to, for instance, the parole officers. Because of confidentiality rules, unless it is a health care issue, they do not have access to the files, the same as you would not have access to somebody’s health care files in any other hospital. It is a basic right that your health care files are not public information, so it becomes very confused in the correctional system.

There tends to be history of criminal offences, there tends to be history of substance abuse, which is a “biggy.” If somebody volunteers the information, there will be just a checklist on whether you have ever been treated for a mental disorder, but there is no particularly comprehensive psychiatric assessment done. Corrections, by and large, does not employ social workers, so there is nothing that would constitute what we would call a social history.

The Chairman: Kim, did I hear you say that there was a report done in Alberta that said that 90 per cent of Aboriginal women have a criminal record by the age of 30?

Ms. Pate: Men, sorry. It was men. By the age of 30, 90 per cent of Aboriginal men have a criminal record. It was the Causey report in Alberta. We now know that almost a third of the women serving two years or more are Aboriginal. It is increasingly rare to find people who do not have a family member with a criminal record, which gets used against them.

Senator Callbeck: Thank you for coming this morning with your presentations. I have a short question for each of you.

Ms. Pate, does the Elizabeth Fry Society come in contact with these people when they enter prison, or do you have contact with them before?

Ms. Pate: It largely depends on the community, but generally both. We generally have contact before. Many of our local societies provide early intervention services. Some also offer victim services in some parts of the country, so it depends on the community.

Senator Callbeck: You mentioned that the fastest growing segment of the prison population is women, and you also said that the greatest increase in the Kingston Penitentiary is people from

longtemps en prison, parce qu’on va supposer qu’il risque de récidiver, ce qui n’est pas forcément vrai. D’ailleurs, nous n’avons aucune donnée pour appuyer ce genre de constat, mais en théorie il semble logique.

Cela veut dire aussi qu’il existe des centaines de millions de dossiers qui circulent dans le système correctionnel, de sorte que le travail que nous effectuons, moi-même et les travailleurs de la santé, n’est pas accessible, par exemple, aux agents des libérations conditionnelles. À cause des règles de confidentialité, à moins qu’il n’y ait un problème de santé, les surveillants de liberté conditionnelle n’ont pas accès aux dossiers, tout comme vous n’auriez pas accès aux dossiers médicaux d’une personne hospitalisée. Le patient dispose du droit fondamental à ce que son dossier de santé ne devienne pas public et tout cela devient très confus dans le système correctionnel.

On dresse plutôt des dossiers sur les infractions criminelles, sur la consommation de substances illégales, ce qui arrive en tête de liste. Quand un futur détenu donne volontairement ce genre d’information, on le soumet à un interrogatoire où l’on cherche à déterminer s’il a été traité pour des troubles mentaux ou autres, mais il n’y a pas vraiment d’évaluation psychiatrique globale d’effectuée à ce stade. En règle générale, le secteur correctionnel n’emploie pas de travailleurs sociaux et nous ne disposons donc d’aucun renseignement qui pourrait être assimilé à des antécédents sociaux.

Le président : Kim, ne nous avez-vous pas dit que, selon un rapport concernant l’Alberta, 90 p. 100 des femmes autochtones ont un dossier criminel avant l’âge de 30 ans?

Mme Pate : Ce sont des hommes. Il s’agit d’hommes. Avant 30 ans, 90 p. 100 des hommes autochtones ont un dossier criminel. Il s’agit du rapport Causey, concernant l’Alberta. Nous savons à présent que près du tiers des femmes condamnées à des peines de deux ans ou plus sont autochtones. Il est de plus en plus rare de trouver des familles qui ne comptent pas un membre ayant un casier judiciaire qui est utilisé contre eux.

Le sénateur Callbeck : Merci de vous être déplacés ce matin et de nous avoir fait vos exposés. J’ai une brève question pour chacun de vous.

Madame Pate, est-ce que la Société Elizabeth Fry prend contact avec ces femmes après leur incarcération ou avant?

Mme Pate : Cela varie beaucoup d’une collectivité à l’autre, mais nous faisons les deux. En général, nous les contactons avant. Un grand nombre de nos sociétés locales offrent des services d’intervention précoce. Certaines offrent aussi des services aux victimes un peu partout au pays, et tout dépend de la collectivité concernée.

Le sénateur Callbeck : Vous avez dit que le segment de la population carcérale qui progresse le plus rapidement est celui des femmes et vous avez également affirmé que c’est au pénitencier de

Atlantic Canada. Does that mean in Atlantic Canada, we have the highest increase in the number of women in penitentiaries?

Ms. Pate: Thank you for asking that question because obviously I was not clear. I was saying that our organization flagged this issue more than 10 years ago because we first saw the trend coming from Atlantic Canada. It is now right across the country, but it is true that for about seven years, the Correctional Service of Canada had segregated maximum security units in men's prisons. In Atlantic Canada, they were put in Springhill Institution. There was never a time when I was in that institution that those units were not full of women with significant mental health issues. That was clearly the predominant issue when you went in. If you went into the one at the Saskatchewan Penitentiary, it was Aboriginal women, many of whom had also been diagnosed as having mental health issues.

I am not suggesting that it is just a phenomenon in Atlantic Canada. It is that is how we came to flag it as an issue our organization needed to be watching.

Dr. Cotton: Could I just make a comment related to that? I certainly understood anecdotally from a friend who used to be the chief psychologist at the Prison for Women in Kingston that the sentencing is somewhat dependent on the whims of judges. My impression, and correct me if I am wrong, is that there was certainly a trend afoot in Atlantic Canada to give sentences, particularly to women, of exactly two years because it gave them access to the federal as opposed to the provincial system. Much as Corrections Canada could do a lot better, it is Olympic class compared to most of the provincial systems, so if the provincial systems were particularly weak, you got almost differential sentencing.

Ms. Pate: Yes. For a time, the number of women serving federal sentences in Atlantic Canada quintupled. It has gone down a lot. It has almost halved, although it is still more than double what it was when they were at the Prison for Women, just because there is a prison there. It has tripled in the Prairie region as well.

Obviously, we are seeing the impact of the cuts to social services, health care, education in particular, that the provinces have been allowed to implement, because people are dropping through the cracks. In the women's context, we are seeing increasing welfare fraud, carrying packages across the border, across the country, prostitution to make ends meet at the end of the month. A number of Aboriginal women who in for armed robbery had demanded money after they had committed the sex act and not been paid, and then the man involved indicated she

Kingston que l'on constate la plus forte augmentation de détenues venant de la région Atlantique. Cela veut-il dire que ce sont les femmes de la région de l'Atlantique qui constituent le gros de l'augmentation de la population carcérale féminine dans les pénitenciers?

Mme Pate : Merci de poser cette question, parce que, de toute évidence, je n'ai pas été claire. Je voulais dire que notre organisation a repéré ce problème il y a plus de 10 ans parce que nous avons constaté cette tendance dans le cas des femmes venant de la côte atlantique. Le phénomène s'est maintenant propagé à la grandeur du pays, mais il est vrai que pendant sept ans environ, les Services correctionnels du Canada ont placé des unités à sécurité maximale dans les prisons pour hommes. Dans l'Atlantique, c'était à l'établissement de Springhill. Chaque fois que j'ai visité cet établissement, ces unités étaient pleines de femmes présentant de graves problèmes de santé mentale. C'était le problème que l'on constatait a priori. Si vous alliez dans un des pénitenciers de la Saskatchewan, vous y trouviez des femmes autochtones et l'on avait diagnostiqué chez nombre d'entre elles des problèmes de santé mentale.

Je ne dis pas qu'il s'agit d'un phénomène limité à la région de l'Atlantique. Toutefois, c'est en faisant ce constat que nous nous sommes dit qu'il fallait surveiller la situation.

La Dre Cotton : Puis-je faire une remarque à ce sujet? Un ami, qui était psychologue en chef à la prison pour femmes de Kingston, m'a dit en passant que les peines infligées aux femmes dépendaient un peu du bon vouloir des juges. J'ai l'impression, et vous me corrigerez si j'ai tort, qu'il y avait une certaine tendance, dans le Canada Atlantique, à donner des peines de deux ans exactement, surtout aux femmes, parce que cela permettait à l'appareil judiciaire provincial d'accéder aux établissements fédéraux, plutôt que d'engorger les prisons provinciales. S'il y a effectivement place à l'amélioration dans le système correctionnel fédéral, celui-ci est une véritable Cadillac comparé aux prisons des provinces et, quand les systèmes provinciaux sont particulièrement détaillants, on se retrouve avec un régime de peine à deux vitesses.

Mme Pate : Effectivement. À un moment donné, le nombre de femmes de la région de l'Atlantique incarcérées dans des pénitenciers a quintuplé. Depuis, ce nombre a nettement diminué, puisqu'il a été réduit de près de moitié, mais il représente encore le double de ce qu'il était à la prison pour femmes, parce qu'avant, il y avait une prison là-bas. Ce nombre a triplé dans la région des Prairies.

On constate-là les répercussions des réductions budgétaires que les provinces ont pu effectuées dans les services sociaux, les soins de santé et l'éducation, parce que beaucoup de gens passent ainsi au travers des mailles du filet. Pour ce qui est des femmes, nous assistons à une augmentation des fraudes du bien-être social, à des transports de paquets de l'autre côté de la frontière et, à l'échelle du pays, à une augmentation de la prostitution parce que les femmes veulent joindre les deux bouts. Plusieurs femmes autochtones incarcérées pour avoir commis un vol qualifié à

was in the process of robbing him. It is an Aboriginal woman. If she has a mental health issue, as Randy said, whose credibility is usually accepted?

Senator Callbeck: Dr. Cotton, you mentioned that salaries for psychologists in Corrections Canada are 30 per cent below the average. I know that we are short of psychologists in the system, but are there any vacancies that are not filled?

Dr. Cotton: There are vacancies on paper. I am not sure whether they are actively hiring. I know that on my floor there are three empty offices for psychologists who have moved on and those positions are on the book. There is no money, so the party line goes.

Recruitment is a big problem. It is a bigger problem for the RCMP. I notice in your previous report — I was quite struck by it — it says that, “All statement, no information was available from the RCMP,” which speaks volumes.

Another one of my tangents is the area of police psychology, which does not exist in Canada. I will not go off on a tangent. It is in my written brief. I am involved in a national survey with a professor at the University of Moncton looking at police utilization of psychological services, and a big issue, particularly for the RCMP, is the inability to recruit.

A federal government salary for a psychologist is about \$70,000. The community standard is about \$90,000. In corrections, we get a term allowance, as they call it, so we get an extra \$1,000 a week or a month or a year or something — I forget what it is — that is not actually part of our salary and they can take it away at any point. The RCMP does not offer that.

Therefore, they are trying to hire psychologists for \$20,000 to \$30,000 less than the hospital down the street is paying, and they cannot recruit them. If I had a dime for every time I have been approached by the RCMP to come and work for them, I would be a wealthy woman, but you cannot hire people for that kind of money. It also speaks to what they think of the profession.

Senator Callbeck: Mr. Pritchard, a question for you. I have not had time to read your brief, but I will.

However, there are some comments in here regarding the proposed legislation that is before the Senate right now.

Mr. Pritchard: Are we referring to C-10?

Senator Callbeck: Right, C-10, and I notice the provision dealing with the victim impact statement, which would be in cases where people are not criminally responsible for the act.

Mr. Pritchard: Correct.

main armée, voulaient simplement être payées après avoir vendu leur corps, mais leurs clients ont simplement déclaré qu’elles étaient en train de les voler. Après tout, il ne s’agit que de femmes autochtones et si elles ont des problèmes de santé mentale, comme Randy le disait, qui va-t-on croire?

Le sénateur Callbeck : Dr Cotton, vous avez dit que les salaires des psychologues du service correctionnel fédéral sont de 30 p. 100 inférieurs à la moyenne. Je sais que nous manquons de psychologues dans le système, mais est-ce que des postes sont actuellement vacants?

La Dre Cotton : Il existe des postes vacants, sur papier. Je ne suis pas certaine que l’on cherche vraiment à les combler. Je sais que, dans mon service par exemple, nous avons trois bureaux de psychologues qui sont vides parce que ceux qui les occupaient sont partis ailleurs et que leurs postes sont maintenant vacants, mais dans les livres. On nous dit toujours qu’il n’y a pas d’argent.

Le recrutement est un gros problème. C’est encore plus important dans le cas de la GRC. J’ai constaté, dans votre rapport antérieur — ce qui m’a beaucoup frappée — qu’aucune information n’a été obtenue de la GRC, ce qui en dit long.

Je travaille également dans le domaine de la psychologie policière, qui n’existe pas au Canada. Je ne prendrai cependant pas cette tangente aujourd’hui. Cela est indiqué dans mon mémoire. Avec un professeur de l’Université de Moncton, nous allons réaliser une enquête nationale sur l’utilisation des services psychologiques par les corps policiers et, gros problème, sur l’incapacité de recruter des psychologues, surtout à la GRC.

Le salaire d’un psychologue au gouvernement fédéral est d’environ 70 000 \$. La norme, dans le secteur privé, est d’environ 90 000 \$. Dans les services correctionnels, nous percevons ce qu’on appelle une indemnité de poste, c’est-à-dire 1 000 \$ de plus par semaine, par mois ou par an, ou quelque du genre — je ne me rappelle plus exactement — qui ne fait pas partie de notre salaire et qui peut nous être retirée n’importe quand. La GRC ne propose pas cela.

Ainsi, la GRC essaie d’engager des psychologues à qui elle offre 20 000 à 30 000 \$ de moins que dans les hôpitaux du coin, ce qui est évidemment impossible. Si j’avais reçu dix sous chaque fois que la GRC m’a démarchée pour travailler pour elle, je serais riche, mais il demeure qu’on ne peut recruter des gens quand on propose aussi peu. Cela en dit également long de la façon dont la GRC considère la profession.

Le sénateur Callbeck : Monsieur Pritchard, j’ai une question pour vous. Je n’ai pas eu le temps de lire votre mémoire, mais je vais le faire.

Toutefois, vous faites quelques remarques concernant le projet de loi dont est actuellement saisi le Sénat.

M. Pritchard : Vous parlez du projet de loi C-10?

Le sénateur Callbeck : C’est cela, le projet de loi C-10. J’ai remarqué que la disposition concernant la déclaration des victimes s’appliquerait aux cas des personnes qui ne sont pas criminellement responsables de leur acte.

M. Pritchard : Exact.

Senator Callbeck: This proposed legislation would put a victim impact statement in place.

Mr. Pritchard: They exist already in legislation. This makes them far more onerous, and quite frankly, the position in the *Winko* ruling was their utility is in a criminal proceeding. It is the ability of the victim to impact sentencing.

Given that this special system has been created for forensic patients, the NCR accused, one of its hallmarks is that in law, punishment is not allowed. It precludes the value of that. I recognize that people who have been victimized by someone who ends up with an NCR designation have a right to be heard, but not in this forum. There have to be other mechanisms found for that. It just has no place in a system where someone is deemed, due to mental disorder, to have lacked the criminal intent, the guilty mind, as it were.

Senator Callbeck: Where would you suggest they be heard?

Mr. Pritchard: Quite frankly, I think there are mechanisms. I have a friend who was able to access victim services here in Ontario after being assaulted, and I would suggest that in terms of the healing process, I do not know how much value there is in being able to confront the perpetrator more than once.

In the current legislation, people are allowed to submit a written victim impact statement, and it can be considered in the initial disposition order. It is being proposed that they can now deliver it in person and that it can be used to make decisions about disposition orders into eternity, and that is quite contrary to the intent of the bill. It just does not have a place there.

We seem to be trying to make this comparison between the two systems, and there is none. It is not allowed in law, and I would suggest to you that if the provisions that are being proposed are passed, we will be the first out of the gate to organize a way to challenge you. They violate our section 15 Charter rights, and we will no longer be the placid little mental patients who were willing to put up with this. We will not.

Senator Pépin: Ms. Pate, I want to thank you for your presentation. I have been involved in the issue of violence against women for more than 25 years, but what you said this morning has added to it so much and I realize that I was missing lots of information, specifically on women inmates. We know that the correctional services are maybe not up to date, but I was wondering about the National Parole Board.

When they interview those patients, do you know if they are aware of those people's illness? Are they trained to do those interviews? I was wondering if you know anything about that, because they are the ones who decide if the patients will go outside.

Le sénateur Callbeck : Ce projet de loi mettrait donc en place un système de déclaration de la victime.

M. Pritchard : Cela existe déjà dans la loi. La loi les rend plus lourds de conséquence parce que, après tout, dans le jugement *Winko*, il est question de l'utilité de ce genre de déclaration dans un procès au pénal. La victime a la possibilité d'influer sur la peine imposée.

Comme ce système a été créé à l'intention des patients du système médico-légal, des accusés non criminellement responsables, ce qu'il faut essentiellement retenir c'est qu'aucune sanction n'est permise en droit dans ce cas. Cela retire toute valeur à la déclaration de la victime. Celui ou celle qui a été victimisé par une personne désignée criminellement non responsable, a certes le droit d'être entendue, mais pas à ce niveau. Il faut trouver d'autres mécanismes pour cela. Actuellement, il n'y a pas de lieu dans le système pour quelqu'un qui, à cause de troubles mentaux, n'a pas eu d'intention criminelle, n'a pas eu d'intention coupable.

Le sénateur Callbeck : Et où pensez-vous qu'il faudrait entendre ces personnes?

M. Pritchard : Il existe des mécanismes. J'ai un ami qui a bénéficié des services offerts aux victimes, ici en Ontario. Je ne sais pas ce que représente le fait de pouvoir confronter l'agresseur plus d'une fois sur le plan de la guérison mentale de la victime.

Dans la loi actuelle, les victimes peuvent faire une déclaration écrite dont le juge peut tenir compte dans la première ordonnance portant décision. Il est maintenant proposé que cette déclaration puisse être faite en personne et qu'elle puisse être retenue à demeure pour les ordonnances portant décision, ce qui est contraire à l'intention du projet de loi. Cela n'a pas sa place ici.

On dirait qu'on essaie de faire un parallèle entre les deux systèmes, mais il n'y en a pas. Cela n'est pas permis en droit et je vous dirais que si de telles dispositions devaient être adoptées, nous serions les premiers à monter au créneau pour contester cette décision. Celle-ci est contraire aux dispositions de l'article 15 de la Charte des droits et nous n'avons pas l'intention d'être les gentils petits patients mentaux qui sont prêts à accepter ce genre de chose. Nous ne l'accepterons pas.

Le sénateur Pépin : Madame Pate, je tiens à vous remercier pour votre exposé. Je m'intéresse à la question de la violence faite aux femmes depuis plus de 25 ans, mais ce que vous avez déclaré ce matin m'a beaucoup apporté parce que je me rends compte que j'ignorais beaucoup de choses, surtout dans le cas des détenues. Je sais que les services correctionnels ne sont peut-être pas très à jour, mais je me demande ce qu'il en est de la Commission nationale des libérations conditionnelles.

Quand ces gens-là voient des patients, savez-vous s'ils connaissent la maladie de la personne qu'ils ont devant eux? Sont-ils formés pour faire ce genre d'entrevues? Êtes-vous au courant de cette partie, parce que ce sont les membres de la Commission nationale des libérations conditionnelles qui décident si ces patients vont être remis en liberté.

Ms. Pate: Thank you for asking, because I think that there is an increased interest in this area at the National Parole Board, especially from the current vice-chair, and there has been more work done.

They actually had us do a training session a couple of years ago. They are in the midst of some research now around decision-making, how it differs between women and men, and how the interpretation of what happens to men impacts women's decisions, such as in violence against women situations.

Certainly, I think there is room for improvement. One of the challenges, however, is that the Parole Board relies on the information that is brought to it, and that is one of the reasons for suggesting more support people and groups like Randy's and others be involved. I am not suggesting we do not have enough work, but it is why we are involved in some of these other cases nationally as well as the one I was talking about.

We realize that we have to intervene and almost try to reconstruct the situation. In one case where we were able to do that, a woman was being referred for detention. The board had all of the information put forth by corrections, and again, it is not that people were not trying to help, but their interpretation of how to assist in that case was very different from ours. I can tell you, though, that that process — I was the one who worked on that particular case — took a hundred-and-some hours, going back to interview some of the same people, talking to the same psychologist, and reconstructing another version of how that case could be looked at.

The result was that she was released, with several conditions. She then reported feeling as if she was about to get into trouble, and she actually got into a car and drove it away. The keys had been left inside. The man who owned the car said, "I don't want to press charges," but that was the precipitating factor that led her to go back to prison to stay until her warrant expiry, even though everybody involved said, "Gee, would it not have been better if..." She got into that car and drove back to the halfway house, went in and said, "I just stole a car." Now, technically, she did steal a car, and that was the basis on which the Parole Board put her back inside. They felt they did not have an option because it was a one-shot statutory release. That means you have one chance. If you breach any of the conditions, you are back in jail; so there she was.

When she was finally released, they felt they had to notify the police, again because of the structure that had been put in place. The long and the short of it is she has now been out for a year and a half after serving 10 years. Her original sentence was three years. She still has situations, but everybody says, "We cannot believe how much her mental health has improved." I do not mean to be

Mme Pate : Merci de votre question et je pense effectivement que le travail de la Commission nationale des libérations conditionnelles suscite de plus en plus d'intérêt, de la part de notre vice-présidente, et que nous travaillons de plus en plus à cet échelon.

En fait, la commission nous a invités à donner une séance de formation il y a deux ans. Elle est en train d'effectuer des recherches sur la prise de décision, sur la façon dont les décisions varient selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme et sur l'interprétation des répercussions des décisions sur les hommes et sur les femmes, par exemple dans le cas de femmes ayant été victimes de violence.

Il y a effectivement place à l'amélioration. Toutefois, l'un des problèmes, c'est que la Commission des libérations conditionnelles se fie sur les renseignements qui lui sont fournis et c'est l'une des raisons pour lesquelles nous recommandons que davantage d'intervenants et de groupes comme celui de Randy et d'autres, participent au processus. Je ne suis pas en train de dire que nous manquons de travail, mais c'est pour cela que nous participons à des causes à l'échelle nationale, en plus de celle dont je vous ai parlé.

Nous nous sommes rendu compte que, dans nos interventions, nous devons quasiment reconstruire la situation. Nous avons pu le faire dans le cas d'une femme renvoyée en détention. La commission s'était appuyée sur les renseignements communiqués par les services correctionnels. Ce n'est pas que les gens ne voulaient pas aider la détenue, mais ils interprétaient leur contribution à la cause de façon tout à fait différente de nous. Je peux vous dire que ce processus — c'est moi qui me suis occupée de ce cas — a nécessité une bonne fontaine d'heures passées à interviewer les mêmes personnes, à parler avec les mêmes psychologues et à essayer de parvenir à une autre version de la cause.

Résultat : la détenue en question a été remise en liberté, mais à plusieurs conditions. Puis, un jour, elle a dit qu'elle était sur le point de rechuter, elle a pris une voiture, s'est en allée puis l'a abandonnée. Elle a laissé les clés à l'intérieur. Le propriétaire n'a pas voulu porter d'accusation, mais c'est à cause de cet incident, qu'elle a été renvoyée en prison pour y servir sa peine jusqu'au bout, bien que toutes les personnes concernées se disaient qu'elle aurait peut-être mieux fait de conduire cette voiture jusqu'à la maison de transition pour y déclarer qu'elle venait de la voler. Techniquement, elle a effectivement volé une voiture et c'est à cause de cela que la Commission des libérations conditionnelles l'a renvoyée en prison. Les commissaires ont estimé qu'ils n'avaient pas d'autres choix parce qu'il s'agissait d'une libération statutaire sans récurrence possible. Autrement dit, elle n'avait que cette chance de demeurer en liberté et, à la première infraction d'une des conditions fixées, elle retournait en prison.

Quand elle a été enfin libérée, la commission s'est senti obligée d'en informer la police parce qu'une structure avait été mise en place. Finalement, cela fait maintenant un an et demi qu'elle était en liberté après être restée 10 ans en prison. Au départ, elle avait été condamnée à trois ans. Elle a encore des problèmes, mais les gens n'en reviennent pas à quel point sa santé mentale s'est

flippant, but if we let a few more people out and had someone there to support them, a community of support and a place for them to live, then it is not that problems disappear, but as Randy said, the more people move away from the system, the less likely everything they do will be framed in that way.

The Chairman: May I thank all of you for coming. I really appreciate you taking the time to be with us.

The committee adjourned.

TORONTO, Wednesday, February 16, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 1:05 p.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: We now have three witnesses from the media who have been kind enough to come and talk to us about an issue that has not only troubled us, but troubled other countries that have looked at the mental health issue. This is not being by any means critical of the journalistic profession; the portrayal that one often picks up in the media is the portrayal in most Canadians' minds.

What we are most interested in is to what extent the media can be part of the solution to the stigma problem.

As some of you may know, in Australia, for example, the schools of journalism worked with the Mental Health Council to develop, as part of journalism programs, a way to ensure that budding journalists were made aware of the appropriate ways to describe mental health patients and people suffering from mental illness. Their tracking data evidence shows that it has been a significant element in changing broad public attitudes. They also ran a substantial communications campaign, and over the 10 years they have been tracking it, there has been a significant improvement in the acceptance of mental illness as an illness and less of the usual stigma. It shows that over time, just as we have seen in this country on drunk-driving, anti-smoking and so on, you can change attitudes. Any advice you have on the role the media or journalism schools could play would be very helpful.

améliorée. Je ne veux pas vous paraître désinvolte, mais si nous laissons sortir un plus grand nombre de détenues et si nous avons des structures pour les accueillir, par exemple des structures communautaires et un endroit où elles puissent vivre, leurs problèmes de santé ne disparaîtraient pas automatiquement mais, comme Randy le disait, plus on éloigne ces gens du système et moins on risque d'associer tout ce qu'ils font à leur passé criminel.

Le président : Je vous remercie tous trois de vous être déplacés et j'ai apprécié le temps que vous nous avez consacré.

La séance est levée.

TORONTO, le mercredi 16 février 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit ce jour à 13 h 5 pour étudier les questions concernant la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Nous allons à présent accueillir trois témoins des médias qui ont aimablement accepté de venir nous parler d'un problème préoccupant, non seulement au Canada mais dans d'autres pays aussi, et qui se sont penchés sur les questions de santé mentale. Sans vouloir critiquer le travail des journalistes, je dois dire que la façon dont ils nous présentent les choses dans les médias laisse une forte impression sur la plupart des Canadiennes et des Canadiens.

Ce que nous voulons, surtout, c'est que les médias puissent faire partie de la solution au problème de la stigmatisation dans le cas de la maladie mentale.

Comme certains d'entre vous le savent, en Australie par exemple, les écoles de journalisme ont collaboré avec le Mental Health Council pour élaborer, dans le cadre des programmes de journalisme, une façon de s'assurer que les futurs journalistes soient au courant de la bonne façon de décrire les personnes souffrant de maladie mentale. Les données de suivi de cette expérience indiquent que cela a beaucoup contribué à modifier l'attitude du grand public. Les Australiens ont également lancé une vaste campagne de communication et, dans les 10 ans de suivi effectué à ce sujet, ils ont constaté que d'importants progrès ont été réalisés dans l'acceptation de la maladie mentale que l'on associe désormais davantage à une maladie et à laquelle on n'attribue moins de stigmates. L'étude a fait ressortir, comme nous l'avons vu ici au Canada avec nos programmes de lutte contre l'alcoolisme au volant, de lutte contre le tabagisme et ainsi de suite, qu'il est possible de changer les attitudes. Tout conseil que vous pourriez nous donner sur le rôle des médias ou des écoles de journalisme nous serait donc très utile.

We have three people with us, and let me stress that they are appearing as individuals, not as representatives of a corporate view. That is an important point, because these are people who have experience in the media, are still employed in the media, but should not be seen as officially representing their employers here.

We have Louise Elliott, who is a journalist with CBC Radio; Scott Simmie, who is with the *Toronto Star*; and Rona Maynard, who is the former editor-in-chief of *Chatelaine*.

We will begin with a brief opening statement from each of you and then we will ask you some questions. I thank all three of you for taking the time to be with us today.

Ms. Rona Maynard, Former Editor-in-Chief, *Chatelaine*: I am delighted to be here. I would like to begin with my personal experience of stigma as well as that of a journalist who assigned many articles on mental illness when I was editor of *Chatelaine*. I have experienced chronic low-grade depression and I lived with that until I was about 36 years old.

I grew up in the United States and the first year I was entitled to vote was 1972. George McGovern was running for the Democratic Party and his running mate was Senator Thomas Eagleton, who appeared to be a terrific candidate for vice-president. Suddenly the news broke: Eagleton had been hospitalized for a depression and had had shock therapy. A huge outcry broke out in the press, after which Eagleton was dumped from the ticket. I am sure some of you remember that.

To me, it was shocking, demoralizing, shameful and personally hurtful. I suspected that there was something the matter with me, some reason why I always felt so down, why I did not have any hope, and the day that McGovern, after saying he was 1,000 per cent behind Eagleton, dropped him, I felt I was receiving a very strong message that people like me were unreliable, unworthy and unfit for any kind of public role.

It was framed as a character issue. The American people did not get Thomas Eagleton, but they did get Richard Nixon.

Now, having gone through that and other experiences and having had conversations and e-mail correspondence with a great many ordinary Canadians as a result of things that I wrote, said and commissioned as editor of *Chatelaine*, I am still somewhat skeptical about the focus on stigma. I am not saying it does not exist, because it absolutely does. I have had ordinary people say to me, "I just feel dreadful and it takes everything I have to get out of bed in the morning, but I am a grade 2 teacher and I think if the parents knew this, they would not want me teaching their kids."

Nous accueillons trois personnes et je vais rappeler quelles vont témoigner à titre personnel et non en qualité de représentants d'une organisation quelconque. C'est important à souligner, parce que ces personnes ont l'expérience des médias, qu'elles travaillent encore dans ce milieu et qu'il ne faudrait pas considérer qu'elles représentent officiellement leurs employeurs devant nous.

Nous allons donc accueillir Louise Elliott, journaliste à la radio de Radio-Canada en anglais, Scott Simmie, du *Toronto Star*, et Rona Maynard, ex-rédactrice en chef du magazine *Chatelaine*.

Nous débuterons par une brève présentation que vous allez nous faire à tour de rôle après quoi nous vous poserons quelques questions. Je vous remercie tous trois d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer aujourd'hui.

Mme Rona Maynard, ex-rédactrice en chef, *Chatelaine* : Je suis ravie de me trouver ici. Je commencerai par vous parler un peu de mon expérience personnelle du stigmate associé à la maladie, de même que de mon expérience de journaliste ayant rédigé de nombreux articles sur la maladie mentale quand j'étais rédactrice en chef du magazine *Chatelaine*. J'ai moi-même subi une dépression chronique d'évolution lente avec laquelle je vis depuis 36 ans environ.

J'ai grandi aux États-Unis où j'ai le droit de voter pour la première fois en 1972. À l'époque, George McGovern se présentait au nom du parti Démocratique et son colistier était le sénateur Thomas Eagleton qui semblait être un candidat formidable à la vice-présidence. Soudain, la nouvelle a éclaté : Eagleton avait été hospitalisé pour dépression et avait subi un traitement de choc. C'est alors que nous avons assisté à une levée de bouclier dans la presse et que Eagleton a été écarté du ticket. Je ne sais pas si vous vous rappelez cet incident.

Personnellement, j'ai trouvé cela choquant, démoralisant, honteux et j'en ai été personnellement blessée. Je pense avoir été personnellement touchée par cela parce que, comme je me sentais déprimée, que je ne voyais aucun espoir, le jour où McGovern a décidé de laisser tomber son colistier, après avoir déclaré qu'il était à 1 000 pour cent derrière Eagleton, j'ai eu l'impression qu'on disait aux gens comme moi que nous ne sommes pas fiables, que nous ne valons rien et que nous ne sommes pas faits pour assumer un quelconque rôle public.

C'était devenu un problème de caractère. Finalement, les Américains n'ont pas eu Thomas Eagleton, mais ils ont hérité de Richard Nixon.

Après avoir vécu tout cela et vécu d'autres expériences et après m'être entretenue avec des Canadiens et des Canadiennes ordinaires, en personne ou par courriel, au sujet des articles que j'ai écrit, au sujet de ce que j'ai dit ou de ce que j'ai commandé en ma qualité de rédactrice en chef de *Chatelaine*, je demeure encore sceptique à propos de l'insistance que l'on place sur la stigmatisation. Je ne dis pas que la stigmatisation n'existe pas, parce qu'il existe effectivement. Des gens ordinaires viennent me dire : « Je me sens épouvantablement mal et il me faut faire de gros efforts le matin pour me lever, mais voilà, je suis enseignant au secondaire et si les parents savaient cela, ils ne voudraient que j'enseigne à leurs enfants. »

People feel it is not okay to talk about it, but the way to make it okay, I think, is not simply to ask ourselves how we can stop the stigmatism. What terms should we not be using? What kinds of stories and people should we not be portraying in the media? I think we should be asking how we can normalize it.

That was what I tried to do. In my job at *Chatelaine*, one of the last stories that I commissioned, and one of the ones I was most proud of, was about a married couple where the husband had been suffering from depression off and on for many years. It had been a real test of their marriage. The wife had had to deal with all kinds of difficult questions, such as "How can I be there for this man when he cannot be there for me?" and "How do I talk to my kids about what is going on in our family's life?" These are hidden dramas that are unfolding across the land, and the stories, by and large, are not getting told.

Now, people I have corresponded with have been telling me over and over again what it is they think they need. They want to know where they can go for help, and they want to believe, they want to see, that there are in fact services available. This is a particularly big problem, as you know, for young people and older people. They want to be able to talk to their family doctor. The family doctor is usually not very helpful, and many people do not have one, cannot find one. They do not want to be afraid that they will lose their job. They wish their family and friends would understand. It is a character issue, and people are being told by their own loved ones every day, "Pull up your socks. It could be worse. Try harder." People are getting the idea that if they only tried harder, they would be able to be there for their families and the people at work.

They also see that nobody is rallying around to help when they are ill. We once did an article on how to help a friend with cancer, and it was written by a woman with breast cancer. She gave about 10 suggestions for how you could help your friend. They were small things, such as, "Bring food, talk to my spouse, please ask me how I am; take my kids out." Well, I got this amazing letter from a man with a couple of young kids and a wife saying, "Every suggestion that you have given about the cancer patient applies equally to me," and the stories are not being told.

Also, I think a big part of the answer is for us, for the media, to be simply speaking honestly about the impact on people's lives. We are already doing it with physical illness. Every year in October, the media unroll this spate of articles about breast cancer, every aspect of it, treatment, how it affects you, how to talk to your kids about it, how your friends can help. The cosmetics companies are sending people into hospital wards to do makeup for cancer patients.

Les gens estiment qu'ils ne doivent pas parler de leur maladie, mais la façon de corriger tout cela, selon moi, ce n'est pas simplement de nous demander comment mettre un terme à la stigmatisation. Quels termes devrait-on éviter? Quel genre de récits devrait-on éviter de publier dans les médias et quel genre de personnages devrait-on éviter de présenter? Je pense que nous devrions nous demander comment parvenir à normaliser tout cela.

C'est ce que j'ai essayé de faire. Dans mon travail, à *Chatelaine*, l'un des derniers articles que j'ai demandé est l'un, aussi, dont j'ai été la fière, concernait un couple marié dont le mari souffrait de dépression à répétition depuis plusieurs années. Cette maladie avait été la véritable épreuve de leur mariage. La conjointe devait faire face à toutes sortes de questions difficiles du genre : « Comment peut-il être disponible pour un tel ou un tel, tandis qu'il ne l'est pas pour moi? » ou « Comment expliquer à mes enfants ce qui se passe dans notre famille? » Ce sont des drames discrets qui se reproduisent un peu partout au Canada et l'on ne raconte généralement pas ces drames-là.

Les gens avec qui j'ai correspondu ne cessent de me répéter ce dont ils ont besoin, selon eux. Ils veulent savoir où s'adresser pour obtenir de l'aide et ils veulent croire qu'il existe des services, ils veulent les voir. Cela fait particulièrement problème, comme vous le savez, dans le cas des jeunes et des personnes âgées. Les gens veulent pouvoir parler avec leur médecin de famille. En général, celui-ci n'est pas très utile et la plupart des patients n'ont même pas réussi à en trouver un. Ils ne veulent pas risquer de perdre leur emploi. Ils aimeraient que leurs familles et leurs amis comprennent. C'est un problème de caractère et leurs proches leur disent quotidiennement : « Ressaisis-toi, ce pourrait être pire! Et c'est plus fort! » Les gens atteints ont l'impression qu'il leur suffirait d'essayer plus fort pour être là pour leurs familles et leurs collègues au travail.

Par ailleurs, ils se rendent bien compte que personne n'est là autour d'eux quand ils sont malades. Une fois, nous avons publié un article sur la façon d'aider un ami atteint d'un cancer, article qui avait été rédigé par une femme atteinte du cancer du sein. Elle a donné environ 10 conseils sur la façon d'aider un ami dans cette situation. Il s'agissait de petites choses du genre « amenez-lui de la nourriture, parlez à son conjoint, demandez-lui comment il va, prenez ses enfants pour les amener dehors. Un jour, j'ai reçu une lettre tout à fait étonnante d'un couple ayant deux enfants : « Toute suggestion que vous pourrez donner au sujet d'une personne malade du cancer s'applique également à moi » et tout cela, on n'en parle pas.

Je pense également qu'une grande partie de la réponse que nous pourrions apporter, dans les médias, consisterait à parler honnêtement de la répercussion de la maladie sur la vie des gens. Nous le faisons déjà dans le cas des maladies physiques. Chaque année, en octobre, les médias publient toute une série d'articles sur le cancer du sein, sur tous les aspects de la maladie, sur le traitement, sur la façon dont il perturbe votre vie, sur ce qu'il faut dire aux enfants à ce sujet, sur la façon dont les amis peuvent aider. Les laboratoires de cosmétique envoient des gens dans les services hospitaliers pour maquiller les patients atteints du cancer.

Is any of this happening for people with mental illness? No, it is not, and when something is hidden away and not discussed, when people who are hospitalized for a psychiatric illness are not receiving flowers or get well cards, what is the message that people get? It does not exist, it is not normal, and it is also fearful because it is hidden away.

I am profoundly skeptical about the idea that we should be teaching stigma reduction regarding mental illness in journalism schools. I have little use as it is for what is being taught in journalism schools, and I think the last thing we need to do is bring in a lot of so-called experts to tell people what terms they can use when talking about psychiatric illness.

Also, I think there is a question of fairness. People with mental illness are not the only stigmatized group. Does this mean we will also have people coming in for all the other stigmatized groups?

Just to reiterate my main point, I think it is a focus on the positive. That is what I would like to see, and it is starting to happen, but not nearly fast enough.

Mr. Scott Simmie, Journalist, *Toronto Star*: I am a feature writer with the *Toronto Star* with an interest in mental health. I have written about it extensively and co-authored two books about it in a major newspaper series in 1998 that got a lot of attention. I will leave copies of the books for members of the committee that I hope will be of use, and no, I will not send you a bill.

This afternoon, I will try to offer a few headlines, with the intention of writing a more lengthy brief for submission in the near future, and the first headline — though I am sure it is not news to you — is that mental health, mental illness and addiction are, I believe, the most pressing, yet most neglected, public health issues in the country.

Headline number two — I will disagree with Rona — we desperately need, as the committee has heard, a sustained, national anti-stigma campaign. Perhaps it should be termed an inclusion campaign or an enlightenment campaign, but it should have the imprint and authority of Health Canada.

Headline number three: The media can and must do a better job of reporting on issues of mental illness, mental health and addiction. In failing to do so, I believe we are doing the communities we supposedly reflect a grave disservice.

Journalists are best at telling stories, so I will try to fill in some of those headlines with an anecdote or two.

Fait-on cela pour les personnes atteintes de maladie mentale? Non! Quand on cache quelque chose et qu'on n'en parle pas, quand des gens qui sont hospitalisés pour maladie psychiatrique ne reçoivent pas de fleurs ni de carte de vœux, quel message envoie-t-on aux autres? Que la maladie n'existe pas, qu'elle n'est pas normale et qu'elle est effrayante tout cela parce qu'on la cache.

Je suis profondément sceptique face à cette idée qui consiste à enseigner la façon de lutter contre le stigmate associé à la maladie mentale dans les écoles de journalisme. Je ne tiens pas les gens en très haute estime ce qu'on enseigne dans les écoles de journalisme et la dernière chose dont on a besoin, selon moi, c'est de faire venir une armée de soi-disant experts pour enseigner aux jeunes les expressions à employer pour parler de maladie psychiatrique.

Et puis, je pense qu'il y a aussi une question de justice. Ceux et celles qui souffrent de maladie mentale ne sont pas les seuls à être stigmatisés. Cela voudra-t-il dire que nous allons devoir trouver des porte-parole pour tous les autres groupes stigmatisés?

Je vais vous répéter l'essentiel de mon propos : je pense qu'il faut s'attarder à ce qui est positif. J'aimerais que tel soit le cas et c'est ce qui est en train d'arriver, mais les choses ne vont pas assez vite.

M. Scott Simmie, journaliste, *Toronto Star* : Je rédige des articles de fond au *Toronto Star* dans le domaine de la santé mentale. J'ai beaucoup écrit sur la maladie mentale et j'ai cosigné deux ouvrages à ce sujet qui ont paru dans une série d'articles publiés dans les journaux en 1998, articles qui ont retenu l'attention. Je remettrai des exemplaires de ces deux livres aux membres du comité dans l'espoir qu'ils en fassent bon usage et je ne vous enverrai pas de facture.

Je vais vous citer quelques titres qui pourraient annoncer un mémoire plus complet que j'entends soumettre dans un proche avenir. Le premier — et je suis certain qu'il n'aura rien de nouveau pour vous — c'est que la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie sont, selon moi, les enjeux les plus pressants et pourtant les plus négligés en matière de santé publique au Canada.

En second grand titre — et je ne suis pas d'accord avec ce que vient de dire Rona — j'estime qu'il nous faut absolument, comme le comité l'a entendu, lancer une campagne nationale soutenue pour lutter contre la stigmatisation. Nous pourrions plus particulièrement parler de campagne d'inclusion ou de campagne éclairée, mais elle devrait se faire sous l'égide annoncée de Santé Canada.

Troisième sous-titre : les médias peuvent et doivent faire un meilleur travail dans la couverture de toutes les questions de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie. Quand ils ne le font pas, j'estime que nous ne rendons pas service aux collectivités auxquelles nous sommes censés nous adresser.

Comme c'est dans la rédaction d'articles que les journalistes excellent, je vais essayer de vous raconter une histoire ou deux pour chacun de ces titres.

When I first began researching mental health in 1998, I went to the largest psychiatric hospital in Toronto, and on the grounds of that hospital there was a sign. The sign was supposed to say "Dogs must be kept on a leash." Someone had spray-painted out the word "Dogs" and had put in the word "Nuts." "Nuts must be kept on a leash." Every time I drove by that hospital for an interview, I checked to see if that sign was still there. Patients would have seen it, doctors would have seen it, and the public would have seen it. Eight months after I began my research, someone had finally spray-painted out the offending word.

Now, imagine a different scenario; picture a similar sign on the grounds of a synagogue. If the word "Dogs" had been replaced by "Jews," people would have been outraged. The police would likely have been called, the act would have been described, accurately, as a hate crime, and rest assured, the sign would have been gone the very next day. Yet the sign at the hospital remained unaltered for all that time, and who knows how long it had been there before I first noticed it.

The analogy I would draw is that mental illness and addiction are similarly stigmatized on a national scale, and with the exception of this committee and some noted advocates, no one takes action.

I can state unequivocally that the many Canadians I have interviewed who are struggling with mental illness and addiction say that stigma and the associated discrimination are the foremost issues on their radar. It can be, as your *Issues and Options* report notes, as important a source of distress as the disorder itself. As one man with schizophrenia pointedly told me, "We are outcasts. We are untouchables."

What can be done about it? Many have said, and said for years, that a national anti-stigma program is needed. We have seen, in the past couple of decades, positive and measurable awareness campaigns on HIV and AIDS, so why can we not do the same with mental illness and addictions? I believe we can, but I would caution that AIDS may not be the best analogy. While certainly it was, and to a certain extent remains, a heavily stigmatized illness, it was new. Arguably, it did not have to overcome the centuries of negative connotations associated with mental illness and addictions.

Though Canada has some dedicated, high-profile mental health advocates, ranging from Michael Wilson to Pat Capponi, they cannot do it alone, nor can groups like the Canadian Psychiatric Research Foundation, which had a terrific series of television and radio ads targeting stigma, afford to sustain the kind of long-term campaign that is needed.

Quand j'ai entrepris d'effectuer des recherches sur la santé mentale en 1998, je suis allé dans le plus gros hôpital psychiatrique de Toronto et, en arrivant, je suis tombé sur un panneau qui était censé indiquer : « Les chiens doivent être tenus en laisse ». Quelqu'un avait effacé le mot « les chiens » à la peinture et l'avait remplacé par « fous », et on lisait « Les fous doivent être gardés en laisse ». Chaque fois que j'allais à l'hôpital pour faire une entrevue, je vérifiais si ce panneau était encore là. Des patients l'avaient certainement vu, des médecins aussi et la population en général. Huit mois après avoir début mes recherches, quelqu'un a finalement dénié effacer à la peinture les mots offensants.

Passons maintenant à un scénario différent. Imaginez un panneau semblable sur le terrain d'une synagogue où l'on aurait remplacé le mot « chiens » par « juifs ». Les gens en auraient été révoltés. On aurait sans doute appelé la police, on aurait associé à juste titre cet acte honteux à un crime haineux et je peux vous garantir que ce panneau aurait été enlevé dès le lendemain. D'un autre côté, le panneau de l'hôpital, lui, est resté là très longtemps et Dieu sait depuis combien de temps il était là avant que quelqu'un le remarque.

Je dirais, pour faire une analogie, que la maladie mentale et la toxicomanie sont stigmatisées au même titre à l'échelle nationale et, à l'exception de votre comité et de quelques intervenants notables, personne ne fait rien.

Je peux vous affirmer sans hésitation que les nombreux Canadiens que j'ai interviewés et qui sont aux prises avec la maladie mentale ou la toxicomanie m'ont affirmé que la stigmatisation et la discrimination associée à la maladie sont, de loin, les principaux problèmes dans leur cas. Il s'agit peut-être, comme vous l'avez mentionné dans votre rapport intermédiaire *Questions et options*, d'une source de détresse tout aussi importante que la maladie elle-même. Comme un schizophrène me l'a un jour fait remarquer : « Nous sommes des parias, des intouchables. »

Que faire à ce sujet? Beaucoup disent, depuis des années, qu'il faut lancer un programme de lutte contre la stigmatisation. Au cours des 20 dernières années, nous avons constaté que des campagnes de sensibilisation comme celle sur le VIH/sida, ont eu des effets positifs et mesurables. Pourquoi ne pas faire la même chose dans le cas de la maladie mentale et de la toxicomanie? Je pense que nous le pouvons mais je mettrai un bémol à ma comparaison avec le sida qui n'est peut-être pas la meilleure. Cette maladie a été et demeure fortement stigmatisée, mais elle est récente. On peut donc soutenir qu'il n'a pas été nécessaire de lutter contre des centaines d'années de connotation négative, ce qui est le cas de la maladie mentale et de la toxicomanie.

Si, au Canada, la cause de la santé mentale peut compter sur des porte-parole dévoués et très connus comme Michael Wilson et Pat Capponi, ces gens-là ne peuvent pas agir seuls, pas plus que des groupes comme la Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie, qui a produit une excellente série de publicité à la télévision et à la radio contre la stigmatisation, ne peuvent se permettre le genre de campagne de longue haleine pourtant nécessaire.

Health Canada, by comparison, is a known brand in this country. People realize that by mandate, the department is interested in the well-being of Canadians. Anyone who watches television certainly knows that Health Canada thinks, with good reason, we should not smoke. I believe there is an opportunity for Health Canada to use that established credibility to begin stressing the equal importance of mental health, not merely in a preventive fashion, though that, too, would be useful, but in an educational campaign that shows average Canadians — men, women, teens, seniors, and real people, not actors — telling their own stories.

I also believe if we intend to revamp our systems and change attitudes, that provincial education ministries can play a role by putting mental health and addiction higher on the agenda in high school. Not only is it a place where attitudes are forged at a crucial age, the teen years are also when many people endure their first bout of mental illness or first experience suicidal thoughts.

As the committee noted, this country loses some 3,700 people annually to suicide. If a plane carrying 300 Canadians were to go down every month, there would be a national outcry. Inquiries would be launched. Special investigative reports would dominate the media and this country would be moving heaven and earth to ensure that not one more aircraft went down. However, with suicide, perhaps the most stigmatized area in this field, and where mental illness and substance use often collide, we do not see such articles. We do not see the Prime Minister laying a wreath on behalf of the more than 300 Canadians who die from suicide each month. Instead, we avert our eyes, and the media, with rare exceptions, are complicit.

I have wondered over the years why the media do not do a better job of mental health coverage, why there is not more of it. It is a field crying out for regular, in-depth, compassionate reporting.

I will make an aside here. I had not planned to mention this, but since I am leaving copies of the book, I will. The man you are looking at today in a suit jacket was once in a straitjacket in Hong Kong. I had been working for the CBC and had a psychotic episode after reporting on the war in Chechnya.

That is what led me to my interest in mental health. That is what led me to research the topic through the Atkinson Fellowship in Public Policy, and ultimately, that is what led me to travel across the country and to the U.K., asking people about their experiences and looking at policy.

I will just conclude. There are a few other things I had hoped to mention, but there is a main point I would like to emphasize.

Santé Canada, en comparaison, est une marque connue au Canada. Les gens savent bien, à cause de son mandat, le ministère s'intéresse au bien-être des Canadiens. Tous les téléspectateurs savent que, selon Santé Canada, il ne faut pas fumer, ce qui est bien. J'estime que Santé Canada pourrait s'appuyer sur la crédibilité que le ministère a gagnée afin d'insister sur la nécessité de traiter la santé mentale comme les autres maladies, pas uniquement à titre préventif, bien que cela aussi serait utile, mais dans le cadre d'une campagne d'information qui montrerait des Canadiens moyens — des hommes, des femmes, des jeunes, des personnes âgées, monsieur et madame Tout-le-monde, pas des acteurs — et qui raconteraient leur vie.

J'estime également que si nous avons l'intention de changer en profondeur notre système et nos attitudes, les ministères provinciaux de l'éducation pourraient jouer un rôle en accordant la priorité à des programmes sur la santé mentale et la toxicomanie au secondaire. C'est non seulement le lieu où s'acquièrent des attitudes, à un âge crucial, l'adolescence, mais c'est aussi là que bien des jeunes font leur première expérience de la maladie mentale ou des pensées suicidaires.

Comme le comité l'a fait remarquer, notre pays perd annuellement quelque 3 700 personnes à cause du suicide. Nous serions révoltés au Canada si tous les mois un avion transportant 300 de nos compatriotes s'écrasait. On ferait enquête. Des comptes-rendus spéciaux domineraient les médias et notre pays remuerait ciel et terre pour s'assurer qu'aucun autre avion ne s'écrase. Et pourtant, dans le cas du suicide qui est sans doute le volet le plus stigmatisé de ce domaine et où la santé mentale et la consommation abusive de substances entre souvent en collision, nous ne voyons pas d'article. Nous ne voyons pas le premier ministre aller déposer une gerbe en souvenir des 300 Canadiens et plus qui se suicident chaque mois. Non, nous fermons les yeux et les médias, à quelques rares exceptions près, sont complices de ce silence.

Au fil des ans, je me suis demandé pourquoi les médias ne font pas un meilleur travail pour couvrir tout ce qui touche à la santé mentale, pourquoi on n'en parle pas plus. Ce domaine a cruellement besoin d'une couverture régulière, en profondeur et compassionnelle.

Je vais m'écarter un peu de mon propos. Je ne voulais pas vous en parler mais, comme je vais vous remettre des exemplaires de ces ouvrages, je vais tout de même vous en dire deux mots. L'homme que vous avez devant vous aujourd'hui, en costume, s'est un jour retrouvé en combinaison de force à Hongkong. Je travaillais alors pour la CBC et j'ai eu un épisode psychotique après avoir fait un reportage sur la guerre de Tchétchénie.

C'est cela qui m'a amené à m'intéresser à la santé mentale. C'est cet événement qui m'a incité à faire des recherches sur le sujet dans le cadre de la Bourse Atkinson en politique publique et c'est ce qui, au bout du compte, m'a amené à sillonner le pays et à aller au Royaume-Uni pour demander aux gens de me faire part de leurs expériences et pour examiner les politiques en place.

Je suis sur le point de conclure. Il y a quelques autres choses dont j'aurais aimé vous parler, mais il y a un aspect sur lequel je tiens à insister par-dessus tout.

I appreciate, in this public phase, the committee's efforts to reach out, such as inviting written submissions or posting online questionnaires. When I looked through the appendix and saw the many experts that you have heard from in the first phase of these hearings, I was quite impressed, and I recognize many names because they were people that I had interviewed myself.

During my year of research, I read a lot of documents, I talked to a lot of professionals, but it was really when I headed out to the boarding houses in Toronto, in Saskatoon, New Brunswick and elsewhere across the land that I learned the most. Therefore, I would respectfully urge the committee to bear in mind that many of the people with the most to say on the topic are the very people you are least likely to reach — the Canadians who, through no fault of their own, feel abandoned by the system and by society at large.

There are sections of this city, and many others in Canada, filled with boarding homes, and in those boarding homes and group homes, you will find people who have little more in their lives than regular doses of medication. Many of them live with little meaning or purpose because Canadian society fails to recognize they have worth. Some struggle with poverty so grinding and housing so appalling, it would challenge the sanity of even the strongest among us. Yet these people, these forgotten Canadians, have skills and they have dreams.

Unfortunately, many of them will not be aware of the committee's call for submissions, nor are they likely to have anyone encouraging them to go down to the library and fill out an online questionnaire. I would respectfully propose, and almost beseech, that the committee pay a visit to one of these neighbourhoods and arrange an informal meeting with residents of a few of these boarding houses. I would be happy to offer contacts who could arrange this. In fact, I am sure that Pat Capponi, who I believe was here yesterday, could take you on a tour that just might change the very course of your final report. It is a gesture that would not only demonstrate your genuine interest in their views, but would send them a powerful signal that they count, that their voices as Canadians are worth hearing, and if we are truly serious about reforming mental health, that is a noble start.

Ms. Louise Elliott, Journalist, CBC Radio: I just want to say how honoured I am to be here today in such distinguished company. I will read my statement.

My experience reporting on mental illness began in northwestern Ontario where I edited a newspaper that circulated as far north as Fort Severn. I routinely visited fly-in Ojibway communities where the suicide rate is one of the highest in the world. I spent several weeks in Sandy Lake and other communities.

Dans cette phase de consultation publique, j'apprécie les efforts déployés par le comité pour rejoindre la population, par exemple en invitant les gens à vous envoyer des mémoires ou à poser des questions en ligne. Quand j'ai examiné l'annexe et que j'ai vu la liste de spécialistes que vous avez accueillis lors de la première phase de ces consultations, j'en ai été très impressionné et j'ai effectivement reconnu de nombreux noms parce que ce sont des gens que j'ai interviewés moi-même.

Durant toutes mes années de recherche, j'ai lu énormément de documents, je me suis entretenu avec un grand nombre de professionnels, mais c'est vraiment quand je me suis rendu dans les foyers d'accueil de Toronto, de Saskatoon et, du Nouveau-Brunswick et d'ailleurs, que j'en ai appris le plus. Je me permettrai donc d'inviter très fortement le comité à ne pas oublier que ceux qui ont le plus à dire sur cette question sont ceux-là même que vous risquez le moins d'atteindre, je veux parler des Canadiennes et des Canadiens qui, sans que ce soit de leur faute, se sentent abandonnés par le système et par la société en général.

Il y a des quartiers de cette ville et de nombreux autres endroits au Canada qui sont remplis de maisons d'accueil du genre et où l'on trouve des gens dont la vie est simplement ponctuée par la prise régulière de médicaments. Beaucoup d'entre eux n'ont pas vraiment de but, parce que la société canadienne n'a pas reconnu leur valeur. Certains sont aux prises avec une pauvreté noire et habitent des logements tellement répugnants que même les plus forts d'entre nous, s'ils se retrouvaient dans de telles conditions, en perdraient la raison. Et pourtant, ces gens-là, ces Canadiens oubliés, ont des compétences et ont des rêves.

Malheureusement, beaucoup ne savent pas que le comité a demandé des mémoires et il est peu probable que qui que ce soit aille les inciter à se rendre à la bibliothèque du coin pour remplir un questionnaire en ligne. Je me permets donc de vous suggérer, presque de vous supplier d'aller dans un de ces quartiers et d'organiser une rencontre officieuse avec les résidents de quelques-unes de ces maisons d'accueil. Je serais très heureux de vous proposer les noms de quelques personnes-ressources qui pourraient vous organiser cela. D'ailleurs, je suis certain que Pat Capponi qui, si je ne m'abuse, était là hier, pourrait vous organiser une visite qui pourrait vous amener à modifier le contenu de votre rapport final. Ce faisant, vous montreriez, non seulement que vous êtes véritablement intéressé à recueillir le point de vue de ces gens-là, mais vous enverriez un signal très fort pour indiquer qu'ils comptent et qu'il vaut la peine d'entendre ce que ces Canadiens ont à dire. Si vous voulez vraiment réformer le système de santé mentale, ce serait un bon début.

Mme Louise Elliott, journaliste, radio de Radio-Canada (CBC) : Je tiens à vous dire à quel point je me sens honorée de me trouver en si honorable compagnie. Je vais vous lire mon exposé.

Mon premier contact avec la maladie mentale remonte à l'époque où je me trouvais dans le nord-ouest de l'Ontario et où je publiais un journal distribué aussi loin dans le nord que Fort Severn. Je visitais régulièrement les communautés Ojibwa, que l'on atteint que par avion, où le taux de suicide est l'un des plus élevés du monde. J'ai passé plusieurs semaines à Sandy Lake et dans d'autres communautés.

My later work for the *Toronto Star* and The Canadian Press took me back to communities like Pikangikum where copycat and contagion suicides are affecting children as young as 10 and hitting more and more girls in large numbers. There, suicide has become a way of coping.

Since leaving the North, I have reported on addiction issues and mental health issues on a regular basis. Some would say as a parliamentary reporter, I am well positioned to do so.

Two years ago, I completed with Sue Bailey an ambitious project for The Canadian Press that linked gambling and suicide. What I learned from these experiences is that suicide, addiction and mental illness cannot be separated from the general health and well-being of any community. Poverty is not always present with mental illness, but poverty is a stress that will increase the likelihood of mental illness to manifest itself. Moreover, the tendency of media to report only on “disaster” scenarios, for example, large swaths of Aboriginal youths taking their own lives, precludes a longer look. It does not mean that Aboriginal suicide should not be covered, nor does it mean that we should not be probing underlying causes such as residential school syndrome and its cycle of abuse. However, other deeper factors such as cultural change and the alienation of Aboriginal youth from both the traditional world and modern urban culture cannot be underestimated, and they do not lend themselves to easy media treatment.

In both Aboriginals and the wider population, the biggest sin the media commits is one of omission — and Scott has summed this up. Not unlike federal policy-makers, media tends to ignore mental health as a growing area of concern, and that, in my view, is the biggest challenge involving mental illness and the media today. Stories ranging from spectacular suicides to isolated and often egregious abuses in care make the news, but there are not enough stories about policy change and the need to treat mental illness as a physiological illness, nor is there sufficient coverage of scientific advancement in the treatment of the physiological underpinnings of disease. Schizophrenia, bipolar disorder, depression, all are seeing rapid advances in treatment due to genetic research. New drugs are emerging and the treatment picture is thought to be optimistic.

Thus, stigma takes at least two forms in the news media: The first is the inadvertent trivialization of the issue by intermittent coverage of worst-case scenarios — for example, mass suicide in native communities or dramatic incidents involving public figures; the second is neglect of the issue as a legitimate health problem with both physiological and social underpinnings. This neglect in

Mes derniers postes, au *Toronto Star* et à la Presse canadienne m'ont amenée à revenir dans des communautés comme Pikangikum où des taux de suicide et de contagion identique affectent des enfants aussi jeunes que 10 ans et touchent de plus en plus de jeunes filles. Là-bas, le suicide est devenu une façon de régler ses problèmes.

Depuis que j'ai quitté le nord, je continue à faire régulièrement des reportages sur les questions de toxicomanie et de santé mentale. Certains pourraient dire qu'en ma qualité de journaliste parlementaire, je suis bien placée pour le faire.

Il y a deux ans, j'ai mené à terme, avec Sue Bailey, un ambitieux projet pour la Presse canadienne qui établit un lien entre les jeux de hasard et le suicide. J'ai appris à l'expérience que le suicide, la toxicomanie et la maladie mentale ne peuvent être isolés de la santé générale ni du bien-être d'une communauté. La pauvreté n'est pas toujours associée à la maladie mentale, mais la pauvreté est une source de stress qui accroît les risques de manifestation de la maladie mentale. Qui plus est, à cause de la tendance des médias à ne couvrir que les scénarios « catastrophes », comme le nombre écrasant de jeunes Autochtones qui s'ôtent la vie, il n'est pas possible d'envisager ce phénomène à plus long terme. Cela ne revient pas à dire qu'il ne faut pas traiter du suicide chez les Autochtones, ni que nous ne devons pas nous interroger sur les causes sous-jacentes du suicide, comme le syndrome des écoles résidentielles et le cycle de violence qui l'a caractérisé. Toutefois, il ne faut pas négliger les autres facteurs plus profondément ancrés comme les changements culturels et l'aliénation des jeunes Autochtones non seulement de leur monde traditionnel mais aussi de la culture urbaine moderne, outre que ces éléments ne se prêtent pas facilement à une couverture médiatique.

Chez les Autochtones et dans la population en général, le plus grand péché commis par les médias est un péché d'omission — et Scott vous en a parlé. Contrairement aux décideurs du gouvernement fédéral, les médias ont tendance à passer à côté du fait que la santé mentale est un sujet de plus en plus préoccupant ce qui, selon moi, est le principal problème concernant la maladie mentale et les médias aujourd'hui. Des récits, qui vont de suicide spectaculaire à des cas isolés et souvent flagrants de violence dans le cadre des soins font la nouvelle, mais on ne parle pas suffisamment de changement de politique et de la nécessité de traiter la maladie mentale en tant que maladie psychologique et l'on ne parle pas suffisamment non plus des progrès scientifiques réalisés dans le traitement des causes physiologiques sous-jacentes de ces maladies. Des progrès très rapides sont réalisés dans le cas de certaines maladies, comme la schizophrénie, la bipolarité et la dépression, grâce à la recherche génétique. De nouveaux médicaments arrivent sur le marché et il y a lieu d'être plus optimistes quant aux traitements offerts.

Ainsi, la stigmatisation revêt au moins deux formes dans les médias : d'abord, la banalisation non intentionnelle de ce problème à cause d'un traitement intermittent des pires scénarios imaginables — par exemple, le suicide collectif dans des communautés autochtones ou des incidents dramatiques concernant des personnages bien connus; le deuxième stigmat

the news media only furthers the inability for a society to normalize, and this is the word that Rona was using, normalize and address a growing health problem.

As a recent example of the media blind spot, I spoke with the current Minister of Health, Ujjal Dosanjh, last week, and he mentioned to me a speech he made in British Columbia recently about his plans on mental health, plans that include a national mental health surveillance strategy, and this would fall under the new public health department that Health Canada has created. The speech itself received no coverage at all, a clear indication of how interested the media is in general in this issue. So more needs to be done.

There are two thoughts I would like to leave you with today. One of the clarion calls I repeatedly hear from people in the field, whether I am reporting on native mental health or mental health generally is this: There is a need for a suicide strategy. That includes both an Aboriginal suicide strategy and a national suicide strategy. Canada is one of the few industrialized countries left in the world that does not have a national suicide strategy. Such a strategy could save countless lives.

Second, the more I probe these issues as a reporter, the more I realize that mental health issues touch us all. They cut across social strata and reach into every walk of life. They are not issues that exist in isolation from the overall health of Canadians and, as such, they touch most of us, not an underprivileged class alone.

Those with mental illness are often underprivileged as a result of inadequate recognition and treatment, but that does not mean there are not ways of bringing the issue into the public debate in a way that creates less stigma, less of an "us" and "them" approach. Those ways will require greater creativity, and I think that has already been dealt with here, by journalists and by policy-makers.

The Chairman: Thank you to all three of you for coming. I am going to begin with a couple of questions and then turn it over to Senator Keon.

First, Scott, I am intrigued by your idea of us visiting what you call a boarding house. We will look seriously into that, particularly because I know where they are in Ottawa — my sister happens to manage one. I think that would be a good thing for us to do.

Let me get back to the issue that has troubled me, and I agree and I think it was Scott who made the comment that the analogy to AIDS is not really a good analogy because it is a new disease. How do you ultimately change underlying attitudes? If I ask myself to think of an example where attitudes have changed dramatically over the last 10 or 15 years, the most obvious

tient au fait que l'on néglige certains problèmes de santé légitime qui ont des causes physiologiques et sociales. Cette occultation par les médias ne fait qu'entraver la capacité de la société à normaliser — je reprends le mot que Rona a employé — à normaliser, donc, et à régler les problèmes croissants constatés dans le domaine de la santé.

Pour illustrer le fait que les médias portent des œillères, je vais vous donner un exemple récent. La semaine dernière, lors d'un entretien que j'ai eu avec le ministre de la Santé, Ujjal Dosanjh, celui-ci m'a parlé d'un discours qu'il avait récemment donné en Colombie-Britannique au sujet de ses plans en santé mentale, plans qui prévoient la mise en œuvre d'une stratégie nationale de surveillance en santé mentale sous l'égide du tout nouveau service de santé publique créé par Santé Canada. Le discours lui-même n'a fait l'objet d'aucune couverture médiatique, ce qui indique le genre d'intérêt que les médias portent généralement à ces questions. Ainsi, il faut faire davantage.

Je voulais vous faire part de deux réflexions aujourd'hui. D'abord, où que j'aille pour couvrir les problèmes de santé mentale chez les Autochtones ou en général, les gens sur le terrain me disent généralement qu'il faut que le Canada se dote d'une stratégie sur le suicide. Cela veut dire une stratégie pour les Autochtones et pour la population en général. Le Canada est l'un des rares pays industrialisés dans le monde à ne pas avoir encore de stratégie nationale sur le suicide. Celle-ci permettrait de sauver un nombre incalculable de vies.

Deuxièmement, plus je me renseigne sur ces questions en tant que reporter et plus je me rends compte que les problèmes de santé mentale nous touchent tous. Ils n'ont pas de frontière sociale et touchent les gens venant de tous les horizons. Ces problèmes ont un rapport direct avec la santé générale des Canadiens et, en tant que tels, ils touchent la plupart d'entre nous et pas uniquement une catégorie de personnes défavorisées.

Ceux et celles qui souffrent de maladie mentale sont souvent défavorisés parce qu'on ne reconnaît pas ou qu'on ne traite pas suffisamment bien leur maladie, mais cela ne veut pas dire qu'il n'existe pas des façons de porter le débat sur la scène publique pour qu'il y ait moins de stigmatisation, pour que l'on adopte des approches moins égocentriques. Pour cela, les journalistes et les décideurs devront faire preuve de plus de créativité et je crois que c'est le sens dans lequel vous allez.

Le président : Merci à vous trois de vous être déplacés. Je vais commencer par vous poser moi-même deux questions après quoi je céderai la parole au sénateur Keon.

À vous, Scott, tout d'abord. Votre idée d'aller visiter ce que vous appelez un foyer d'accueil m'intrigue. Nous allons très sérieusement y songer, surtout parce que je sais où il y en a à Ottawa — il se trouve que ma sœur en administre un. Je pense que ce serait excellent que nous fassions cela.

Revenons-en à ce qui m'a interpellé dans vos propos et je reconnais avec Scott que son analogie avec le sida n'est pas vraiment bonne parce qu'il s'agit d'une maladie relativement récente. Mais en fin de compte, comment envisagez-vous de modifier les attitudes sous-jacentes? Quand je me demande dans quel domaine, par exemple, on a assisté à un changement radical

example to me is the issue of homosexuality. In some sense, it has become okay to come out of the closet, and I use the phrase “come out of the closet” because, in essence, the problem with mental illness is that it is still in the closet.

So my question to all three of you would be this: On the basis of your experience as journalists — and recognizing, by the way, that coming out of the closet and changing public attitudes is a long-term process; it is not a one- or two-year exercise, but rather a 10- to 15-year exercise — what can government do, what can journalists do? If we compare where we are now with respect to someone being not upset at being identified as gay or lesbian to where they would have been, say, 20 years ago, how do we get from here to there?

Mr. Simmie: We have seen a decrease in homophobia partly because of its link with AIDS awareness campaigns. It put a human face on many people who in the past were not out publicly, so to speak. We saw long, sympathetic, compassionate profiles of people, and we saw many celebrities taking up the cause, endorsing it. We saw the red ribbons on the red carpet in Hollywood. In my view, then, the reduction in homophobia has as much as to do with the powerfulness of the AIDS lobby as with anything else — the power of personal stories powerfully told.

The Chairman: By real people.

Mr. Simmie: By real people.

The Chairman: Not actors, as you said.

Mr. Simmie: It does seem to have a very positive impact.

During my career as a reporter — I had worked in London, in China, covered Tiananmen Square, Russia — the most response I have received to anything that I have ever written, and I have never received the same response since, was the “Out of Mind” series, which included my own personal disclosure of having had a psychotic break.

I heard from many, many people that they would never again view people with a mental illness in the same light. I heard from others that it empowered them or encouraged them to step forward and discuss it more openly with families and friends. I certainly felt within the newsroom that it was suddenly an okay topic to discuss.

So, we can perhaps draw a lesson, though I do caution they are not entirely the same, but I think we can draw a lesson from the success of the AIDS campaigns in that sense.

d’attitude au cours des 10 à 15 dernières années, je me dis que c’est sans doute au sujet de l’homosexualité. En un sens, il est devenu acceptable, de nos jours, de « sortir du placard » et j’emploie cette phrase pour bien montrer qu’en un sens la maladie mentale est encore dans le placard.

Ma question s’adresse à vous trois : compte tenu de votre expérience de journalistes — et soit dit en passant, je souligne que pour que les gens sortent du placard et que le public change d’attitude, c’est un processus de longue haleine, ce n’est pas un exercice qui se fait en 12 ou 24 mois, mais qui prend 10 à 15 ans — dites-moi ce que le gouvernement et les journalistes devraient faire? Comment nous y sommes-nous pris pour en arriver à la situation actuelle, où plus personne ne s’offusque quand on l’identifie en tant que gai ou lesbienne, par rapport à la situation d’il y a 20 ans.

M. Simmie : Nous avons constaté une diminution de l’homophobie en partie parce que problème a été associé aux campagnes de sensibilisation au sida. On a mis un visage humain sur des gens qui, dans le passé, ne sortaient pas en public pour s’exprimer. On nous a présenté des longs profils, sympathiques et attentionnés de personnes atteintes et de nombreuses célébrités ont pris fait et cause pour les sidatiques. Des rubans rouges sont apparus sur les boutonniers du tout Hollywood. Personnellement, j’estime que la baisse de l’homophobie doit être tout autant associée au puissant lobby anti-sida qu’à n’importe quoi d’autres, au fait qu’on a raconté des récits personnels de façon convaincante.

Le président : Et que cela l’était par monsieur et madame Tout-le-monde.

M. Simmie : C’est cela, par monsieur et madame Tout-le-monde.

Le président : Pas par des acteurs, comme vous le disiez.

M. Simmie : Les acteurs ne semblent avoir donné de bons résultats.

Durant ma carrière de reporter — j’ai travaillé à Londres, en Chine où j’ai couvert les événements de la Place Tiananmen, et en Russie — l’article que j’ai signé et qui a suscité le plus de réaction, celui aussi qui m’a valu le plus d’interventions depuis, faisait partie de la série intitulée « Out of Mind » où je dévoilais notamment mon épisode psychotique.

Bien des gens m’ont alors déclaré qu’ils ne verraient plus les personnes souffrant de la maladie mentale avec les mêmes yeux. D’autres, m’ont dit que cela leur avait donné le courage de révéler leur maladie à leurs familles et à des amis ou d’en parler plus ouvertement. Dans la salle des nouvelles, je me suis rendu compte que, soudainement qu’il était devenu acceptable de parler de ce sujet.

Nous pourrions donc peut-être en tirer une leçon et, s’il ne s’agit pas tout à fait de la même chose, je pense que nous pouvons tout de même tirer des enseignements de la réussite des campagnes de sensibilisation au sida.

Ms. Maynard: I would generally agree with what Scott has said — that is, that as long as people cannot put faces to the issue of mental illness they are going to be able to tell themselves that they do not know any of those people, or that they can cross the street to avoid going anywhere near them. It is a fact that there are many walking wounded out there. The person in the next office who appears to be doing okay might be sitting there with the door closed just staring at the screen, not able to do anything. Hence, we do need to be telling stories about what it really looks like, what really happens, how you will know if it is happening to you.

I also want to come back to one of the ideas in the materials we were sent — a speaker's bureau.

The Chairman: The U.K., I believe.

Ms. Maynard: Yes. That is interesting because the more stories and voices we can put in front of people, the more ground we are going to break. This also goes back to something that Scott said, that any kind of awareness campaign should feature real folks.

One specific area where I see a big need for this is postpartum depression. Women with postpartum depression are a very hard group to reach. The volunteers in that field are all saying that. Hence, women with postpartum depression need to see a woman who is a good mom standing up and saying, "I had it and it is not the end of the world."

Ms. Elliott: Just to follow up on your question about what governments can do, there is a lot more the federal government can do than it is doing, and that comes from my own experience of watching so much federal money being rolled out for health initiatives all over the place — but not for mental health.

The Chairman: Right. It is virtually zero. For all intents and purposes, it is zero.

Ms. Elliott: It is inconceivable that that is still happening at this point, given the research on productivity levels, as one example. Even if you do not want to think about the social costs, the effect on society from a productivity level is massive — and in Nordic countries, it is particularly high. We are considered a northern hemisphere country.

There has to be a commitment federally, which will signal the provinces that this is something that they have to take seriously in their handling of their health dollars. We need a strategy, a mental health strategy, and as I was saying earlier, a suicide strategy that would involve crisis management, prevention and treatment. Those things have to be in place in order for this whole issue to be properly dealt with.

Currently, the same-sex marriage bill is being debated in the House of Commons. That is how far this country has come. Regardless of which way the vote goes, that is how far the debate

Mme Maynard : Je suis dans l'ensemble d'accord avec ce que vient de dire Scott, autrement dit que, tant que les gens ne mettent pas des visages sur la maladie mentale, ils vont continuer à se dire qu'ils ne connaissent personne dans ce genre de situation ou ils vont traverser la rue pour éviter de tomber sur quelqu'un comme cela. Il est vrai qu'il y a beaucoup de gens blessés parmi nous. Le voisin de bureau, qui semble très bien fonctionner, a peut-être fermé la porte et il est simplement en train de regarder son écran sans pouvoir faire quoi que ce soit. Nous devons donc expliquer ce à quoi ressemble la maladie mentale, ce qu'elle représente vraiment pour que les gens sachent ce qu'il leur arrive.

Je veux également revenir à l'une des idées exprimées dans les documents qui ont été envoyés — il s'agit d'un bureau des conférenciers.

Le président : Sur le modèle du Royaume-Uni, je crois.

Mme Maynard : C'est exact. C'est intéressant, parce que plus on publie de récits et plus on peut faire entendre des choses aux gens, plus nous allons progresser. Cela nous ramène aussi à quelque chose que Scott a dit : il faut présenter des gens normaux dans les campagnes de sensibilisation.

C'est dans le cas des dépressions post-partum que ce genre d'initiative s'impose tout particulièrement. Les femmes qui souffrent d'une dépression après l'accouchement constituent un groupe très difficile à atteindre. C'est ce que disent les bénévoles dans ce domaine. Ainsi, les femmes qui souffrent de ce genre de dépression doivent pouvoir s'identifier à celles qu'on leur présente dans la publicité c'est-à-dire à une bonne mère qui va leur dire : « J'ai eu ce problème et ce n'est pas la fin du monde. »

Mme Elliott : Pour revenir à votre question sur ce que les gouvernements peuvent faire, il y a effectivement beaucoup de choses que le gouvernement fédéral peut entreprendre et c'est ce que j'ai conclu en voyant que tant d'argent du gouvernement fédéral est dépensé dans des initiatives de santé un peu partout, mais pas en santé mentale.

Le président : Tout à fait, ce n'est presque rien. À toutes fins utiles, c'est rien.

Mme Elliott : C'est inconcevable que ce soit encore le cas étant donné la recherche sur les niveaux de productivité, par exemple. Même si l'on oublie les coûts sociaux, les répercussions sur la société du point de vue de la productivité sont écrasantes. Elles sont particulièrement élevées dans les pays nordiques. Or, nous sommes un pays situé dans l'hémisphère nord.

Il faut que le gouvernement fédéral s'engage et qu'il signale aux provinces qu'elles doivent se montrer plus sérieuses dans l'utilisation de leur budget de la santé. Nous devons proposer une stratégie en santé mentale et, comme je le disais plus tôt, une stratégie sur le suicide portant sur la gestion des crises, la prévention et le traitement. Ces éléments doivent être en place pour que l'on puisse s'attaquer correctement à tout ce problème.

Actuellement, les députés sont en train de débattre du projet de loi sur le mariage de même sexe. Notre pays en est arrivé là. Peu importe la façon dont les députés vont voter, on parle maintenant

has come on homosexuality. Nevertheless, not enough dollars are being directed at mental health. That does not seem in proportion, really, in terms of advancement.

The Chairman: Absolutely. Just one question before turning to Senator Keon. I am interested in this — since you people are from a journalistic standpoint in terms of what attracts attention. If you are going to use real stories, and we agree on that, do the stories, in order to get attention, do they stories have to include what I would call big names, and I am thinking of a Michael Wilson, for example. Should the stories — and I do not mean this pejoratively — be about ordinary people, as in a mother who has had postpartum depression and then is fine? Will your profession bother to cover anybody unless they are a big name?

Ms. Elliott: I think so. I think it depends on the forum in which it is being covered. It may not be covered in a hard news format, but there are many magazine formats and feature formats in which that kind of a story does get covered, and can be better covered.

The Chairman: Right, and so you are suggesting a combination, I assume, of both print material and electronic material format?

Ms. Elliott: Yes.

Senator Keon: Thank you, Mr. Chairman, and thank you all of you for taking the time out to come here and be helpful to our committee, and to you, Scott, for being generous enough of self to tell your story.

I have spent a tremendous time from my past medical life on committees and studies and in my own shop attempting to implement electronic records, and the barrier, of course, is called privacy, but the real barrier is mental illness. People are terrified of having that come up on the electronic record; and particularly, if mental illness is coupled with a criminal record, they are truly terrified.

Now, in the journalistic world, you people have the equivalent of the electronic record. When you do your search on somebody of any note, you pretty well can find where they have been and what they have done — and Rona, you gave an example of a high-ranking politician who, for one reason or other, just sort of got cast aside because of mental illness.

So in your effort to help, and I agree with what all three of you have said, I think it is wonderful if you can do positive stories, but I think your stories are going to have to come from winners pretty much, and I am not sure that that is much of a sample of the population.

So I am just wondering how you think you can overcome this tremendous fear that people with the diagnosis of mental illness that have not been able to cope with it like you have, Scott, how you can overcome this fear of being in contact with you, let alone

ouvertement de l'homosexualité. Pourtant, on ne consacre pas suffisamment d'argent à la santé mentale. Cela semble être disproportionné quand on parle progrès.

Le président : Tout à fait. Une autre brève question avant que je ne cède la parole au sénateur Keon. Comme vous êtes des journalistes, la façon d'attirer l'attention est quelque chose qui m'intéresse. Si vous présentez des cas réels, et je suis d'accord sur le fait que des cas réels vont davantage attirer l'attention, est-ce qu'il devra s'agir de grands noms comme Michael Wilson, par exemple? Est-ce que ces cas devront être ceux de gens ordinaires, de la mère qui a eu une dépression post-partum et qui s'en est sortie? Est-ce que votre profession cherche uniquement à traiter des cas des célébrités?

Mme Elliott : Je le pense. Je pense que cela dépend de la tribune traitée. Ces récits ne seront pas forcément traités dans les nouvelles du jour, mais ils pourront l'être sous la forme de magazines et d'articles de fond qui permettent de beaucoup mieux traiter ce genre de cas.

Le président : Bien. Et je suppose que vous recommandez que l'on intervienne simultanément dans la presse écrite et dans la presse électronique?

Mme Elliott : Oui.

Le sénateur Keon : Merci, monsieur le président, et merci à vous tous d'avoir pris le temps de vous déplacer pour vous mettre à la disposition de notre comité. Merci à vous, Scott, pour avoir eu la générosité de parler de votre cas dans vos écrits.

Quand j'étais en activité, j'ai passé beaucoup de temps à siéger à des comités et à participer à des études et j'ai aussi essayé, dans mon propre service, de mettre en œuvre un système de dossier électronique, mais je me suis bien sûr heurté à un problème qui s'appelle la protection de la vie privée, tandis que la barrière véritable est celle de la maladie mentale. Les gens sont terrifiés à l'idée que cela puisse apparaître dans un dossier électronique, surtout si la maladie mentale est associée à un comportement criminel. Les gens sont terrifiés.

Dans le monde du journalisme, vous avez l'équivalent de dossier électronique. Quand vous effectuez vos recherches sur quelqu'un qui vous intéresse, vous pouvez découvrir à peu près tout ce que cette personne a fait, où elle a été — et Rona nous a donné un exemple de ce politicien américain de haut rang qui, pour une raison ou une autre, a été écarté parce qu'il avait eu une maladie mentale.

Je suis tout à fait d'accord avec ce que vous avez dit tous les trois et je crois qu'il serait effectivement très intéressant de présenter des reportages sous un angle positif, mais il faudra à ce moment-là que vous mettiez la main sur des gagnants et je ne suis pas certain qu'il y en ait beaucoup dans cet échantillon de la population.

Je me demande donc comment, selon vous, nous allons pouvoir amener ceux et celles qui, souffrant de troubles mentaux, ont une peur bleue de faire face à leurs problèmes, comme vous l'avez fait Scott, et je me demande comment vous allez arriver à les

doing a story on it. I would appreciate all three of you talking about that.

Ms. Maynard: Senator Keon, are you talking about getting them to co-operate with the story? Is that where you are coming from on this?

Senator Keon: I am talking about getting them to co-operate with you in your efforts because your profession is so powerful.

Ms. Maynard: I think there are ways. It takes a very sophisticated and compassionate reporter to do it. The reporter has to agree not only to change the name, but also any identifying details, because people do have good reason for not wanting to go public with a story like this. There have been cases in my life as a journalist where I have advised people not to go with their real name, even though in a moment of blind openness they thought they should.

I also think that it would be extremely helpful in a case like this to get the people around that person to be part of the story and to share their stories. One story I would very much like to read in either a newspaper or a magazine would be a story about a suicide that would not be just about the person, but about all the other people who remember and miss that person and their perspective.

Senator Keon: Do you think, Rona, that you can somewhere along the road gain the confidence of the mentally ill population to the point that they will see you as an advocate?

Ms. Maynard: I would like to hear what Scott has to say on that, because he has spent much more time in the trenches with this population than I have. However, in my experience if you show people that you are willing to listen to them, that you are interested in their story, that their story has meaning — it is a profound human need to believe that my story, which may be a very tough and painful story, was not in vain, and that it has meaning, and that maybe it is going to change thinking out there, maybe it is going to change or save a life.

Mr. Simmie: One of the challenges is not so much encouraging people to openly tell their stories; rather, it is encouraging reporters to write about them. Part of the problem with the whole mental health field is that it is very complicated. Mental illness is a very complicated topic. Addictions are very complicated. Most reporters by their nature in newsrooms in Canada are generalists. They are trained to grasp the basics of something fairly quickly and spit out something that is credible for the next day's news or that evening's news, and I think the complexity, the sheer complexity of mental illness puts some reporters off.

convaincre de communiquer avec vous sans parler de la possibilité de traiter de leur cas dans la presse. J'aimerais que vous me répondiez tous les trois à cette question.

Mme Maynard : Sénateur Keon, parlez-vous de la difficulté d'obtenir la collaboration des gens pour la rédaction d'un article ou pour une émission? C'est ce dont vous parlez?

Le sénateur Keon : Je parle de la difficulté de les amener à collaborer avec vous, parce que vous appartenez à une profession très puissante.

Mme Maynard : Eh bien, il y a toujours des façons d'y parvenir. Je pense qu'un reporter, très humain et au fait de sa profession, peut y parvenir. Le journaliste doit commencer par accepter non seulement de changer les noms, mais aussi de ne pas couvrir de détail susceptible d'identifier la personne, parce que les gens ont de bonnes raisons de ne pas vouloir que leur histoire se retrouve sur la place publique comme cela. Il y a eu des cas, dans ma vie de journaliste, où j'ai indiqué aux gens de ne pas mentionner leur nom même si, dans un moment d'oubli total, ils pouvaient penser que cela était nécessaire.

Je pense qu'il serait également très utile, dans un cas comme celui-ci, de rassembler ceux et celles qui entourent la personne pour les faire participer à la préparation de ce récit et pour que eux-mêmes racontent leur version. J'aimerais beaucoup, dans un journal ou un magazine, lire un récit au sujet d'un suicide et qui ne concernerait pas que la personne s'étant suicidée mais tous ceux et toutes celles qui se la rappellent et pour qui cette personne manque.

Le sénateur Keon : Pensez-vous, Rona, qu'à un moment donné vous pourriez suffisamment gagner la confiance de la population des personnes souffrant de maladie mentale au point qu'elles vous prennent pour porte-parole?

Mme Maynard : J'aimerais entendre Scott à ce sujet, parce qu'il a passé beaucoup de temps au contact de cette population que moi-même. Cependant, j'ai constaté à l'expérience que si vous montrez aux gens que vous êtes disposé à les écouter, que vous êtes intéressé à leur cas, que vous leur montrer que leur vécu est important — il y a toujours un besoin profondément humain de croire que mon vécu, qui peut avoir été très dur et très pénible n'a pas été vain; qu'il était chargé de sens et que le fait de le raconter va peut-être permettre de modifier la façon dont les gens raisonnent, à l'extérieur, et que peut-être je contribuerai à changer ou à sauver une vie.

M. Simmie : L'un des problèmes auxquels je pense n'est pas tant de parvenir à inciter les gens à venir se raconter ouvertement, mais à inciter les journalistes à écrire à ce sujet. Une partie du problème associé à tout le domaine de la santé mentale tient au fait qu'il est très complexe. La maladie mentale est un sujet compliqué. La toxicomanie est très compliquée. De nombreux journalistes, à cause de la façon dont fonctionnent les salles des nouvelles au Canada, sont des généralistes. Ils sont formés pour appréhender très vite l'essentiel d'une nouvelle et pour pondre un papier assez crédible pour le faire paraître dans les nouvelles du lendemain ou du soir et je crois que la complexité, l'incroyable complexité de la maladie mentale en décourage quelques-uns.

As you have no doubt discovered in your first round of hearings, it is also a very political field. There are many groups with different agendas in this field. It can be become quite complex for a reporter who finally thinks he understands how this field is working and who phones another interview subject that completely turns the reporter's world upside down. The reporter says, "I do not understand this anymore." It took me, honestly, the better part of that year on the Atkinson Fellowship before I felt that I could confidently write on a wide breadth on this topic.

One of the potential solutions, I was thinking about this last night, in Atlanta, the Centers for Disease Control offers a boot camp on infectious diseases. It is week-long, and it is very intensive, and you meet people who are experts from all angles of the field. I was fortunate enough to attend one of these boot camps a year ago and I walked away with more PowerPoint presentations than I could bear, but with a lot more knowledge than I arrived on the Monday.

If Health Canada, perhaps in concert with a mental health institution, were to offer a boot camp that is seen as somehow a sought-after fellowship for journalists who would get a week, working on location with the top experts in the field, that that might be one way of encouraging people to report more on this topic.

I have to say that I looked over at the media area today and was surprised and yet not surprised to see that there are not people here, or that I am aware of, covering this event. This is a hugely important issue.

Part of the challenge, perhaps the greatest challenge, your committee will face is not in getting people to tell their stories but in getting the media to report on the work of your work, and when the recommendations ultimately come out, to keep those recommendations in the paper, to not just have a one-day splash with five bullets from the executive summary and then, sadly, the report is forgotten. I know it is very much your wish that that does not occur and it is very much my wish as well that that does not occur, but I believe reporters must become more interested for any wide-scale implementation to take place.

Ms. Maynard: I would just like to point out that I think a boot camp like the one you mentioned, Scott, is in the formative stages here. I do not want to say anything inaccurate, but I know that people at the Centre for Addiction and Mental Health have talked about it and I think they are working on it.

Ms. Elliott: I would just add from my own experience, certainly in the North, there is an additional barrier there, several barriers, in fact, to reporting on aboriginal culture, as you can imagine, getting people to tell their stories to a non-native reporter — and, in particular, very private issues around mental illness, suicide, that kind of thing. In a community that is closed like Pikangikum, it is an incredible challenge. Yet, it is not an

Lors de votre première série d'audiences, vous avez sûrement constaté qu'il s'agit aussi d'un domaine très politisé. De nombreux groupes poursuivent des programmes très différents. Les choses peuvent devenir très complexes pour un journaliste qui pense avoir enfin compris la façon dont fonctionne le domaine mais qui est complètement dérouté quand il téléphone à un autre contact afin de l'interviewer. Le journaliste se dit alors qu'il n'y comprend plus rien. Pour vous dire bien franchement, j'ai passé la plus grande partie de cette année à travailler dans le cadre de la Bourse Atkinson avant de me sentir assez à l'aise pour couvrir à peu près tous les angles de ce sujet.

Il y a une solution possible à laquelle j'ai réfléchi, hier soir. À Atlanta, le CDC propose un camp d'entraînement sur les maladies infectieuses. Il s'agit d'un séjour d'une semaine, très intensif, où l'on rencontre des gens qui sont des spécialistes du domaine, vu sous tous les angles. J'ai eu la chance de participer à l'un de ces camps d'entraînement, il y a un an, et j'en suis repartie avec plus de présentations en PowerPoint que je n'en ai jamais vues, mais surtout avec une bien meilleure connaissance que celle que je possédais à mon arrivée le lundi.

Si Santé Canada, éventuellement de concert avec un établissement de santé mentale, pouvait offrir un tel camp d'entraînement, un journaliste qui voudrait obtenir une bourse de recherche pourrait aller y passer une semaine, travailler sur place avec les meilleurs experts du domaine et ce serait une façon d'inciter la profession à parler davantage de ce sujet.

Je dois vous dire que j'ai examiné le secteur des médias aujourd'hui et que j'ai été à la fois surpris et pas de voir qu'il ne se trouve aucun représentant de la presse, du moins pas à ce que je sache, pour couvrir cet événement. C'est pourtant une question incroyablement importante.

Une partie du défi, sans doute le plus grand défi que votre comité va devoir relever ne sera donc pas d'amener les gens à raconter leur vécu, mais d'amener les journalistes et les médias à parler de votre travail et des recommandations qui en découleront, à continuer à couvrir ces recommandations et pas à se contenter d'un simple sommaire en cinq points le jour même avant que le tout ne tombe malheureusement dans l'oubli. Je sais que vous espérez beaucoup que cela n'arrive pas et moi aussi je le souhaite, mais j'estime que, pour que la nouvelle ait une répercussion à grande échelle, il faut que beaucoup plus de journalistes s'intéressent au domaine.

Mme Maynard : Je tiens simplement à signaler, Scott, que le genre de camp d'entraînement dont vous avez parlé est en cours de création, ici. Je ne voudrais pas dire quelque chose d'inexact, mais je sais que les responsables du Centre de toxicomanie et de santé mentale en ont parlé et je pense qu'ils sont en train de lancer ce projet.

Mme Elliott : Je vais vous parler de ce qui m'est arrivé personnellement, dans le Nord, où l'on se heurte à d'autres barrières, à plusieurs barrières. Comme vous pouvez l'imaginer, il est très difficile d'amener des Autochtones à faire part de leur vécu à des journalistes qui ne sont pas eux-mêmes autochtones, ce qui est particulièrement le cas pour des questions très personnelles comme celles qui touchent à la maladie mentale et au suicide.

insurmountable challenge when approached in the right way, and the right way I guess would simply be throwing off all assumptions, especially assumptions of what is considered normal behaviour in any given society. That, to me, is probably one of the big challenges for reporting on mental illness — that is, the preconceived idea of normal often prevents reporters from wanting to do this kind of work, from venturing into areas where they might come into contact with someone who is mentally ill. In fact, these are people who are part of our society, and my experience has been the same, that people, by and large, are eager to tell their stories, that, for the most part, they are like any other segment of society.

There are people who want to tell their stories and those who do not. There are usually two types of people in reporting, the type that move towards the microphone and the type that move away. Hence, it is a question of finding the type that like to talk, which in itself is a challenge, but not an insurmountable, as I say.

My bigger challenge actually has been to convince editors and news organizations that this is a valuable subject for reporting on. There is a reason why I have been a parliamentary reporter now for the last several years, and exclusively designated a parliamentary reporter. It is partly because I am interested in it, but also it is partly because there is no mental illness reporter. There is no social issues reporter anymore. There once was a day when these types of reporters existed in larger numbers. So, there is a narrowing of these types of reporters in journalistic organizations as well that I think is playing a role here.

Senator Cochrane: You three people are here today as media people. Now, to me, the media has a great spotlight on when it comes to having people read what you say. You could have one of the greatest impacts on how people view this, whether or not it is going to be positive or negative. I think it is the media that focuses on issues that make the general public really think about it.

Now, can you three, in your different focuses, do this for mental illness? I am sure that I know you have higher levels that will be looking over your shoulder and probably saying this is not important, but can you in all sincerity break that barrier and do what is necessary to put this on the front burner?

Mr. Simmie: I would suggest that all of us in our own ways have tried to do that over the years but that we need to reach some sort of critical mass where we have more reporters who find this field interesting and worthy. Aside from the sheer complexity of the topic, I think quite frankly part of the problem is just the stigma itself. Reporters are not immune to stigma. If some reporters have a negative perception of what mental illness and addictions are, they may just think I do not want to go near there.

Dans une communauté aussi fermée que celle de Pikangikum, le défi est incroyable. Pourtant, il n'est pas insurmontable quand on s'y prend de la bonne façon, ce qui consiste d'abord à rejeter toutes les hypothèses, surtout celles que l'on considère comme étant des comportements normaux dans une société donnée. Quant à moi, c'est sans doute l'un des plus grands défis que pose le traitement journalistique des maladies mentales, je veux parler de la conception que les journalistes ont, a priori, de ce qui est normal et qui les empêche de vouloir faire ce genre de travail, de s'aventurer dans des secteurs où ils peuvent tomber sur des personnes souffrant de maladie mentale. Ces gens sont des membres de notre société et j'ai constaté qu'en règle générale, ils sont disposés à faire part de leur vécu et que, pour l'essentiel, ils sont comme n'importe quel autre segment de la société.

Il y a ceux et celles qui veulent raconter leurs récits et il y a les autres, ceux qui ne veulent pas. En général, quand nous faisons un reportage, nous tombons sur deux catégories de personne : celle qui se précipite vers le micro et celles qui s'en va. Il faut donc trouver le type qui va vouloir s'exprimer ce qui, en soi, est un défi, mais pas un défi insurmontable comme je le disais.

Mon plus gros défi a en fait consisté à convaincre les rédacteurs en chef et les organismes de presse qu'il s'agit d'un sujet valable pour les médias. Il y a une raison pour laquelle je suis journaliste parlementaire depuis plusieurs années et de façon exclusive. C'est en partie parce que cela m'intéresse, mais aussi parce qu'il n'y a pas de journalistes s'intéressant aux maladies mentales. Il n'y a plus de journalistes s'intéressant aux questions sociales. À une époque, on trouvait ce genre de journalistes en grand nombre. Le fait qu'ils soient de moins en moins nombreux dans les organismes de presse joue également un rôle sur ce plan.

Le sénateur Cochrane : Vous témoignez tous les trois en tant que journalistes. J'ai constaté que les médias braquent tout leur projecteur dès qu'ils tombent sur une histoire qui peut intéresser le consommateur de nouvelles. Vous pouvez toujours influencer autant que vous voudrez sur la façon dont les gens perçoivent cela, que ce soit positivement ou négativement, mais je crois que les médias se concentrent sur les sujets qui intéressent le grand public.

Ainsi, vous trois, dans vos spécialités différentes, pensez-vous pouvoir faire passer la maladie mentale à l'avant-plan? Vous avez tous des patrons, je n'en doute pas, qui vous diront sans doute que ce sujet n'est pas important, mais en toute sincérité, pensez-vous pouvoir briser cet obstacle et faire ce qu'il faut pour faire passer ce sujet à l'avant-scène?

M. Simmie : Je pense que nous avons tous, à notre façon, essayé de faire cela au fil des ans mais qu'il nous faut parvenir à une certaine masse critique, c'est-à-dire que nous devons pouvoir compter sur plus de journalistes qui jugent que le domaine est intéressant et qu'il vaut la peine. Outre l'incroyable complexité du sujet, je crois qu'une partie du problème, pour vous dire bien franchement, réside dans la stigmatisation elle-même. Les journalistes n'y échappent pas. Si certains d'entre eux ont une perception négative de la maladie mentale et de la toxicomanie, ils peuvent très bien ne pas vouloir s'en approcher.

I am not sure if the committee has been doing this as part of your hearings, or if it might consider it, but sitting down with members of editorial boards of newspapers and stressing to them the importance of this work may have some impact.

Ms. Maynard: I had a great luxury. I decided what was important to write about in *Chatelaine*. Because of my own experience, my family's experience, the experience of a great many people I knew, including two people from my kindergarten class who both had psychotic breaks, I was just able to say we are going to do this. A lot of people are affected. When the response came in, I was able to say, "Look, the reading public really does care about this." Every time we talk about these issues, we get letters. I think it is a lot harder for people in a busy news room — and this has been mentioned — you have both mentioned that there are not specialist reporters, that they have to do a lot of other things besides think about how they might, not simply raise the profile of this issue, but bring it to life. It is a big challenge to make people care. You do not make people care just by putting numbers and statistics in front of them. That is only part of it.

Senator Cochrane: Was this issue just a one-time thing?

Ms. Maynard: No. We did it many times. I talked about it myself in my editor's column, and every time I said that I had suffered from depression, I had people writing to say, oh, thank you for acknowledging this. I was ready to stop talking about it, but it was clear there was still a need, and we told a lot of other people's stories, too.

I commissioned a writer with bipolar disorder, Sandy Naiman who is a reporter at the *Toronto Sun*, to do a piece for us about her life and about how she was able to hold down a job, be a productive member of society, have friends, get married. It went on all the time and I think it will continue. I do not know, but I think it will continue after me.

Senator Cochrane: You both talked about focusing on the positive, and then, Scott, you talked about bringing it into the high schools. I do not know if you are aware, but there is a program right across the country — not a program federally funded or funded in such a way that it is going to continue — called "Roots of Empathy." This program focuses on raising levels of empathy resulting in more respectful and caring relationships and reduced levels of bullying and aggression.

The heart of the program is a neighbourhood infant and a parent who visit the classroom once a month for the full school year. There is a certified instructor present also. The mother and the infant come into the classroom, and the students observe the infant. They observe how the infant cannot do anything. The feelings of the children in the classroom toward this child are

Je ne sais pas si le comité l'a déjà fait dans le cadre de ses audiences ou s'il envisage de le faire, mais vous obtiendriez d'excellents résultats si vous pouviez dialoguer avec les membres des comités de rédaction des journaux pour leur rappeler l'importance de ce travail.

Mme Maynard : J'ai eu ce grand luxe. C'est moi qui décidait ce qui était important dans *Chatelaine*. Or, étant donné mon expérience personnelle, l'expérience de ma famille et celle d'un grand nombre de personnes que je connaissais, notamment de deux amis du jardin d'enfance qui ont eu des épisodes psychotiques, j'étais en mesure de dire que nous allions faire ceci ou cela. Beaucoup de gens ont été affectés par cette décision. Quand les réactions ont influé, j'ai pu dire : « Regardez, c'est vraiment cela qui intéresse les lecteurs ». Chaque fois que nous traitons de ces questions, nous recevons des lettres. Je pense que cela est beaucoup plus difficile pour des journalistes qui travaillent dans une salle de nouvelles très occupée — on vous en a parlé tout à l'heure — vous avez tous deux mentionné que ces journalistes ne sont pas spécialisés et qu'ils doivent faire beaucoup d'autres choses que de réfléchir à la façon dont ils pourraient, non seulement faire passer ce dossier au premier plan, mais surtout le raviver. C'est toujours très difficile que d'éveiller la compassion chez les autres. On n'y parvient pas juste en énonçant une série de chiffres et de statistiques. Cela fait aussi partie du problème.

Le sénateur Cochrane : Cela s'est-il passé une seule fois?

Mme Maynard : Non, nous l'avons fait plusieurs fois. Il m'est arrivé de parler de mon cas dans ma rubrique, à chaque fois que je disais que j'avais souffert de dépression, des gens nous écrivaient pour nous remercier de l'avoir fait. J'étais sur le point d'arrêter d'en parler, mais il était évident qu'il existait encore un besoin, sans compter que nous avons aussi parlé du cas de nombreuses autres personnes.

J'ai demandé à Sandy Naiman, journaliste au *Toronto Sun*, qui souffre d'un trouble maniaco-dépressif, de nous rédiger un article dans lequel elle nous parlerait de sa vie et de la façon dont elle était parvenue à obtenir un emploi, à être un membre productif de la société, à avoir des amis et à se marier. Cela s'est donc passé à plusieurs reprises et je pense que la tradition se poursuivra. Je ne sais pas qui va le faire après moi, mais je suis sûre que cela se fera.

Le sénateur Cochrane : Vous avez dit tous deux qu'il fallait se concentrer sur le positif et vous, Scott, vous avez parlé de la nécessité d'inscrire ce problème au programme du secondaire. Je ne sais pas si vous le savez, mais il existe actuellement un programme national — il ne s'agit pas d'un programme financé par le fédéral ou financé pour le pérenniser — baptisé « Roots of Empathy ». Ce programme vise à accroître le niveau d'empathie pour parvenir à des relations mutuellement plus respectueuses et compatissantes et pour réduire les niveaux d'agression et de tyrannie à l'école.

Ce programme s'articule autour de la visite d'une mère et de son nourrisson, une fois par mois pendant l'année scolaire. Un instructeur certifié est également présent. La mère et le nourrisson viennent donc en salle de classe et les élèves observent le nourrisson. Ils constatent qu'il ne peut rien faire de lui-même. On parle alors des sentiments que les élèves éprouvent envers ce

talked about. The baby helps bring out their feelings. Some of the children may not have spoken a word, but this baby brings these feelings out so that when these children finish this program they can identify their feelings about other things — for example, “Miss, I am sad. Miss, I am hungry.” Generally, people with depression keep these feelings inside all the way through the school system and into adulthood. Were you aware of this program?

Mr. Simmie: No, I was not.

Senator Cochrane: It is country-wide. The founder is Mary Gordon.

Ms. Maynard: I am familiar with Mary Gordon. She is an amazing woman. There is a need for a lot more programs. Scott talked about adolescence, which is such a critical time. Everything that is going on now is very piecemeal.

For example, I know of a woman in Winnipeg who is going into high schools. Her son committed suicide and she is doing public education with teenagers. That is great work, but why cannot kids also be learning when they learn about other kinds of illness? They are learning about cancer — why cannot they learn about these illnesses? Why cannot they be learning what addiction is and that it is not a character flaw, that a brother who is abusing drugs or a parent who drinks is not a bad person?

[Translation]

Senator Pépin: for a while now, the discussion has been about the importance of the media in stigmatizing those who suffer from mental illnesses, and how they reflect all the stereotypical predispositions and myths. The impression given is that those who are mentally ill are more violent. They are described as such, and it is often reported that a person was arrested, but that the person was mentally ill and committed an act of violence.

We are all aware of the study by Health Canada that reports very few cases of mentally ill people who are arrested because of acts of violence. Where violence has occurred, it is usually because they have used substances or drugs or because they have not been receiving treatment.

Based on your own experience, do you know of any colleagues who are aware of how they depict — falsely depict — people who are mentally ill, in their news reporting?

Journalists from *Chatelaine* write highly structured and well-researched articles. But when they want to make a splash, they give a completely false picture of what mentally ill people are like in their interpretation of the news.

Have you ever heard of a radio or television station establishing guidelines on the use of terms that discriminate against the mentally ill? That would be worth knowing about.

jeune enfant. C'est sa présence qui les amène à mieux exprimer leurs sentiments. Certains enfants peuvent ne pas prononcer un seul mot mais la présence du nourrisson les amène à s'exprimer en sorte que, à la fin du programme, les élèves peuvent associer leurs sentiments à d'autres choses et dire, par exemple « Mademoiselle, je suis triste. Mademoiselle j'ai faim ». En général, les élèves qui souffrent de dépression gardent en eux ce genre de sentiments durant toutes leurs études et ils continuent même quand ils deviennent adultes. Avez-vous entendu parler de ce programme?

M. Simmie : Non.

Le sénateur Cochrane : Il s'agit d'un programme national qui a été fondé par Mary Gordon.

Mme Maynard : Je connais Mary Gordon. C'est une femme extraordinaire. Il faudrait mettre sur pied davantage de programmes de ce genre. Scott a parlé de l'adolescence, qui est une période critique. Tout ce que l'on fait pour l'instant, c'est du rapiéçage.

Par exemple, je connais une femme de Winnipeg qui va dans les classes du secondaire. Son fils s'est suicidé et elle a décidé d'informer les adolescents à ce sujet. C'est un travail fantastique qu'elle fait et pourquoi les enfants ne pourraient-ils continuer à apprendre quand on leur enseigne certaines choses sur la maladie, par exemple? Ils apprennent au sujet du cancer, pourquoi ne pourraient-ils pas apprendre au sujet de ces maladies? Pourquoi ne pas leur enseigner ce qu'est la toxicomanie et qu'elle n'est pas due à une faiblesse de caractère, que le frère qui consomme de la drogue ou le parent qui boit n'est pas une mauvaise personne?

[Français]

Le sénateur Pépin : On parle depuis tantôt de l'importance des médias dans la stigmatisation des personnes qui souffrent de maladies mentales où l'on retrouve toutes les tendances et les mythes des stéréotypes. On a la perception que les malades mentaux sont plus violents. On les décrit ainsi, on va souvent le spécifier en disant que telle personne a été arrêtée, mais c'est un malade mental qui aurait commis un acte violent.

On sait qu'une étude a été faite par Santé Canada où il est dit que dans très peu de cas, des malades mentaux ont été arrêtés à cause de la violence. S'il y a eu de la violence, c'est souvent causé parce qu'ils ont utilisé des substances ou des drogues ou bien parce qu'ils manquent de traitement.

Suite à votre expérience connaissez-vous des collègues qui sont sensibilisés sur la représentation qu'ils font, sur la représentation fausse qu'ils font des malades mentaux quand ils font un reportage?

Les journalistes de la revue *Chatelaine* font des reportages très structurés et bien recherchés. Mais quand ils veulent faire la une, la façon dont ils interprètent les nouvelles, l'image d'un malade est tout à fait faussée.

Avez-vous eu connaissance qu'il y ait eu une directive, soit à un poste de radio ou de télévision, d'un programme qui encadrerait les termes qui sont jugés discriminatoires à l'égard de ces gens? Cela serait assez intéressant à savoir.

Have there ever been complaints about the misrepresentation of people who are mentally ill in print or electronic media? Do you think journalists should be involved in a national strategy against stigmatization? What role do you feel they could play? That, I think, would be important.

I agree with what Mr. Simmie said earlier: We should meet the editor-in-chief of a newspaper like the *Toronto Star*. What could we do to get journalists involved to make them aware of the impact they have, or to get them the change their attitude?

I know that selling newspapers is important, and that the news comes first, but perhaps the time has come for us to take the time to get it right.

[English]

Ms. Elliott: I would like to address the beginning of that, because the issue of violence in relation to mental illness is something that has been a stereotype that has been perpetrated, and I think it has been perpetrated largely in the mass media. I have done some stories not necessarily by the news media but by entertainment media.

A few years ago, there was a Jim Carrey movie called *Me, Myself and Irene*. I did some stories on this, because the 20th Century Fox was advertising this film, which played on the idea of schizophrenia and split personality disorder or multiple personality disorder, which is something completely different, and it created this character who was violent. In the advertisements for the movie, there was a slogan that read, "From gentle to mental." "Schizo" was another slogan. There was an outcry in Canada, and 20th Century Fox in the end was forced to change the advertisements across North America, if I am not mistaken. That is a good example of how that stereotype — it was just a silly comedy with Jim Carrey — was one of a violent schizophrenic and a misnomer in terms of what actually was wrong with him, which was multiple personality disorder.

In terms of violence and mental illness, there is an issue of violent crime that can often be perpetrated by somebody who is mentally ill. There is a case today in Ottawa of an individual who committed murder, then committed suicide. That case is receiving wide coverage. The daily news media often seem to magnify the image of the violent person as though other forms of mental illness are not, they are just not as visible, and it is only when something dramatic like that happens that it gets attention. It is truly an unfortunate aspect of the daily new media that does need attention and it is thought about by journalists. It is not something that journalists do not think about, but in community papers and in community coverage, there is this sort of compulsory drive to cover whatever happens in a community. Whether it is covered sensitively depends on the organization that is doing the coverage.

Des plaintes ont-elles été portées à propos des mauvaises représentations que les médias d'information, écrits ou à la radio, font des personnes souffrant de maladies mentales? Pensez-vous que les journalistes devraient être impliqués dans une stratégie nationale contre la stigmatisation? Quel rôle pensez-vous qu'ils peuvent jouer? Cela, je pense, serait important.

Je suis d'accord avec ce que M. Simmie a dit tantôt : Il faudrait rencontrer l'éditeur en chef d'un journal du *Toronto Star*. Que pourrions-nous faire pour impliquer les journalistes afin qu'ils réalisent l'impact qu'ils ont ou bien pour qu'ils changent leurs attitudes?

Je comprends qu'il est important de vendre des journaux, que la nouvelle passe, mais peut-être est-il temps que l'on s'attarde pour donner, au moins, la bonne nouvelle.

[Français]

Mme Elliott : Je vais vous faire un petit historique à ce sujet, parce que je crois que la question de la violence dans le cas de la maladie mentale fait partie des stéréotypes qui ont été perpétrés, en grande partie par les mass média. J'ai couvert ce genre de chose, pas forcément dans le cadre de médias d'information, mais de médias de divertissement.

Il y a quelques années, à l'époque où le film de Jim Carrey intitulé *Moi, moi-même et Irène* est sorti, j'ai un peu écrit sur le sujet parce que la 20th Century Fox faisait la publicité de ce film qui jouait sur l'idée selon laquelle la schizophrénie et le dédoublement de personnalité ou le trouble de personnalité multiple, qui sont des choses très différentes, pouvaient occasionner la violence chez le personnage. Dans les publicités du film, il y avait un slogan qui disait : « From gentle to mental », c'est-à-dire du brave type au cinglé et « Schizo », c'est-à-dire le schizophrène. Cela a provoqué une levée de bouclier au Canada et la 20th Century Fox a finalement été contrainte de changer ses publicités en Amérique du Nord, si je me souviens bien. C'est un bon exemple de la façon dont on a stéréotypé un schizophrène violent et utilisé un terme inapproprié pour décrire le personnage de Jim Carrey — bien qu'il s'agissait d'une simple comédie — parce qu'en fait il ne souffrait pas de schizophrénie mais d'un trouble de la personnalité multiple.

Pour ce qui est de violence et de la maladie mentale, il est vrai que des crimes violents peuvent être perpétrés par des gens qui souffrent de maladie mentale. Aujourd'hui, à Ottawa, on parle de cet individu qui s'est suicidé après avoir commis un meurtre. Cette affaire a fait couler beaucoup d'encre. Les journaux semblent très souvent insister sur le côté violent de ces personnes qui souffrent de maladie mentale, mais on ne parle pas des autres aspects de la maladie, parce qu'ils retiennent moins l'attention. Il est malheureux que les quotidiens aient besoin d'attirer l'attention des lecteurs et que les journalistes en soient conscients. Ce n'est pas quelque chose à laquelle les journalistes ne pensent pas mais, dans un journal communautaire ou dans le traitement d'une nouvelle communautaire, on se sent toujours obligé de parler de ce qui se passe dans la collectivité. La qualité du traitement dépend de l'organisation journalistique.

I would say the onus is on the organization to do adequate follow-up, to actually follow those stories with stories about mental illness in the community from a much broader perspective, so that the story is not just about crime or isolated incidents that appear to come from nowhere when, in fact, they are part of a much broader fabric. That would be my answer to the beginning part.

Mr. Simmie: I would agree that the media quite often does link violence or dangerousness with mental illness, and it always seems to be kind of a knee-jerk reaction before we even know whether the diagnosis or the history of mental health problems was directly linked or not to the violent act.

Some of the best research out there will tell you that 96 per cent of the crimes committed are committed by people who do not, in fact, have mental disorders but are perfectly sane individuals.

There was some very interesting work that was initially quite hopeful that was done in Calgary where the World Psychiatric Association paired with the *Calgary Herald* and other local media, and over a period of time they worked with the reporters to get more accurate, more human stories about people living with schizophrenia in particular. It focused only on the one disorder. They measured public perceptions of schizophrenia, whether it meant the person was likely to be dangerous or unpredictable, et cetera. They measured a number of things, and they measured those before this campaign began, which was about a year long — and I believe Dr. Julio Arboleda-Florez may have presented to your committee. He was involved with this program. They measured attitudes again, and found that they had indeed changed, that all it took was one incident, which was a shooting that occurred on Capitol Hill in Washington by a man who had a diagnosis of schizophrenia and where, in fact, it was quite likely that that diagnosis played a role. This was on the front page of the newspapers and they found that when they measured public perceptions again, that all the good work, all the ground they had made was gone.

With your permission, I would just like to read one little example that I brought along that struck me. I was really quite offended and angered by it a few years back in Ottawa. What had happened was that a woman was pushed on the subway in Toronto and she died. The man who pushed her had a diagnosis of schizophrenia. He also had a crack addiction, and he was also a very, very angry young man. There was testimony at his trial where he was convicted criminally, not found not criminally responsible due to mental disorder. There was clear testimony at his trial from forensic psychiatrists, from the individual himself, and from others that this man was not psychotic at the time. He was not in a delusional state, that essentially the diagnosis of schizophrenia played no role in his actions, and yet a columnist for the *National Post* who had throughout her column described this person as a schizophrenic, then wrote the following. The man's name was Herbert Chong, by the way: "As for Chong, he

Personnellement, j'estime qu'il incombe à l'organisation d'assurer un suivi adéquat pour que ces événements malheureux fassent ensuite l'objet d'articles sur la maladie mentale, d'un point de vue beaucoup plus large, afin qu'on ne se limite pas au seul récit concernant un crime ou un incident isolé, une fois de temps en temps, mais que l'on comprenne que cela fait partie d'un tout. Voilà comment je répondrai à la première partie de votre question.

M. Simmie : Je conviens que les médias font souvent le lien entre la violence et la dangerosité de la maladie mentale et que cela semble obéir à un réflexe, la réaction intervenant avant même que l'on sache si le diagnostic ou les antécédents en santé mentale étaient directement liés à l'acte violent ayant été commis.

Selon certaines des meilleures recherches, 96 pour cent des crimes commis le sont par des gens qui, en fait, ne sont atteints d'aucun trouble mental et sont parfaitement sains d'esprit.

Un travail très intéressant, également prometteur à l'origine, a été effectué à Calgary en collaboration entre l'Association mondiale des psychiatres, le *Calgary Herald* et un autre journal local. Des représentants de l'Association mondiale de psychiatrie ont passé un certain temps avec les journalistes pour obtenir des récits plus humains, tout particulièrement de personnes atteintes de schizophrénie. Il n'était question que de cette maladie. Le groupe de chercheurs a mesuré la façon dont le public réagissait à la schizophrénie, notamment quant au danger éventuel de ce genre de malade ou au genre de réaction imprévisible qu'il pouvait avoir. Ils ont mesuré un certain nombre de facteurs avant le lancement de la campagne qui a duré un an environ. D'ailleurs, le Dr Julio Arboleda-Florez vous en a peut-être parlé. Il a participé à ce programme. L'équipe a effectué d'autres mesures par la suite et constaté que les choses avaient changé, qu'il avait suffi d'un seul incident où un homme chez qui on avait diagnostiqué une schizophrénie s'était mis à tirer sur la foule sur la colline du Capitol, à Washington, alors qu'il est fort peu probable que ce diagnostic ait joué un quelconque rôle dans ses actes. Cela a paru en première page des journaux et après cet incident, l'équipe a de nouveau mesuré la perception du public pour se rendre compte que l'excellent travail réalisé sur le terrain avait été anéanti.

Avec votre autorisation, je vais vous lire un extrait d'un texte qui m'a frappé. Il y a quelques années, quand j'étais à Ottawa, je me suis senti agressé par cela qui m'a mis en colère. Une femme avait été poussée devant un métro à Toronto et elle était morte. Celui qui l'avait poussé était atteint de schizophrénie. Toutefois, il était aussi accro au crack et il était particulièrement colérique. À son procès, il a été reconnu coupable criminellement et on ne lui a pas accordé l'irresponsabilité de ses actes criminels pour désordre mental. Pourtant, un psychiatre légiste était venu témoigner lors du procès, l'individu lui-même avait témoigné et d'autres étaient venus dire qu'il n'était pas psychotique à l'époque. Il n'était pas en plein délire, que la schizophrénie n'avait joué aucun rôle dans ses actes. Cela n'a pourtant pas empêché une chroniqueuse du *National Post* de caractériser de schizophrène cette personne, tout au long de son article, avant de conclure par l'extrait que je vais vous lire. Soit dit en passant, l'homme en question s'appelle

sat in the prisoner's box, but hardly was he here. His dark hair was matted and dull and stuck in clumps from his head. His forearms are oddly foreshortened. Sometimes he yawned. Sometimes he picked earnestly at his fingers as apes scour their mates' bodies for nits. Sometimes he rocked gently. Sometimes he stared at the floor and sometimes he looked the way a big fish does in a bowl when it bangs against the glass, a little taken aback but neither alarmed nor offended."

Now, those words have to make you wonder, would an accused, who did not have a psychiatric history, have been portrayed in the same light?

Just finally on that same story from the Capitol Hill shooting in Washington, the *Toronto Sun* had a big headline, "No hiding from nutters." You can imagine the uproar had a different N-word, referring to African-Canadians, been used, what the public outcry would have been, but yet there was nothing that I am aware of.

I think all of us at this table are very aware of the tendency to link this. I think it is part of human nature. It is part of the kind of dangerous, axe-wielding, psycho movies that have been around for years and years, that it is part of human nature to suddenly and inextricably link these events when they occur with the diagnosis — but, no, the media must do a better job with this.

The Chairman: I must tell you, just so you know, it is not only the media. Yesterday, someone read us a press release from the Government of Ontario written in the last year or two — I have to paraphrase because I do not have it with me — announcing, as I recall, extra funding for an assertive community treatment program. The very last sentence of the press release said, in effect, "This will be much better for patients and make communities much safer." The bias and the prejudice is everywhere. That was the Department of Health, by the way. Give me a break, right?

Mr. Simmie: Sorry, Rona, I just want to add one thing about the subway pushing event. There was one other sort of near pushing, where a woman had been edged forward, and this woman was the wife of a columnist in a national newspaper. The columnist then proceeded to write a series of columns about the need for community treatment orders in Ontario that would force people to take their medication. What was interesting — because this had been a very hotly debated issue within the mental health field, and it was one that the Ontario Ministry of Health was struggling with vis-à-vis where it should go on this contentious issue. I had some contacts inside the ministry that I spoke with following these columns, which was when the province decided it would indeed proceed with community treatment orders. The individual told me that the province had been sitting on the fence, but when this series of columns came along it pushed them over to

Herbert Chong. « Quant à Chong, s'il était assis dans le box des accusés, il n'était pas vraiment présent. Ses cheveux noirs, formaient des boules crépues sur sa tête. Ses avant-bras sont étrangement courts. Il lui arrivait de bailler, il lui arrivait de presser frénétiquement les ongles des pouces l'un contre l'autre comme le font les singes quand ils cherchent des poux dans la fourrure de leurs compagnons. Parfois, il se balançait tout doucement. Parfois, il fixait le plancher et parfois, il regardait au travers de la vitre comme le ferait un gros poisson dans un aquarium, et il se tapait la tête contre la vitre, ce qui semblait le surprendre un peu sans toutefois l'alarmer ni l'offenser. »

Quand on lit cela, on se demande si l'on aurait écrit la même chose dans le cas d'un accusé qui n'aurait pas eu de passé psychiatrique et si on le présentait sous le même jour?

Pour en terminer avec cette histoire du tireur fou de la colline du Capitol, à Washington, le *Toronto Sun* a publié en grand titre « No hiding from nutters », ce qui veut dire qu'on ne peut échapper aux cinglés. Imaginez le genre de tolet que l'on déclencherait si, plutôt que de parler d'un aliéné mental, on parlait d'un afro-canadien. Dans ce cas, je ne pense pas qu'il se soit passé quoi que ce soit.

Nous sommes tous conscients de la tendance qu'il y a d'établir ce genre de lien. Je crois que cela fait partie de la nature humaine. Cela fait partie du genre de film où l'on présente un psychotique dangereux, fou de la hache, qu'on nous projette depuis des années et des années... Cela fait partie de la nature humaine qui consiste à établir soudainement et inextricablement un lien entre ce genre d'événement et un diagnostic — effectivement, les médias doivent faire du bien meilleur travail sur ce plan.

Le président : Je tiens à vous dire que les médias ne sont pas les seuls responsables. Hier, quelqu'un a lu un communiqué de presse du gouvernement de l'Ontario, publié il y a deux ans et demi — je vais devoir le paraphraser, parce que je ne l'ai pas ici — annonçant, si je me souviens bien, une rallonge budgétaire pour un programme de traitement communautaire assertif. La toute dernière phrase de ce communiqué de presse disait que ce serait ainsi bien mieux pour les patients et que les collectivités seraient plus sûres. Vous voyez, le préjugé est partout. Cela, soit dit en passant, ça vient du ministère provincial de la Santé. Allons donc!

M. Simmie : Excusez-moi, Rona, je voulais ajouter une chose au sujet de l'incident du métro à Toronto. La femme d'un éditorialiste d'un quotidien national a failli être poussée du quai où elle attendait un métro. L'éditorialiste a tout de suite rédigé une série d'articles sur la nécessité d'adopter en Ontario des ordonnances de traitement communautaire qui contraindraient les gens à prendre leurs médicaments. C'était intéressant — parce que le sujet a été chaudement débattu dans le milieu de la santé médicale et le ministre de la Santé de l'Ontario était aux prises avec ses vis-à-vis sur le bien-fondé de cette décision litigieuse. Je me suis entretenu avec les contacts que j'avais au ministère après la parution de ces articles, à l'époque où la province a décidé d'imposer effectivement des ordonnances de traitement communautaire. Mon contact m'a dit que la province hésitait, avant cela, mais que cette série d'articles l'a finalement contrainte

make the decision. So, even one person can have an inordinate amount of influence. So, we try to take the responsibility seriously.

Senator Trenholme Counsell: We are being advised that we should have a national strategy, et cetera, but deep down inside of me I am wondering whether the really successful campaigns, be it AIDS or breast cancer or autism or family violence — we can go down quite a long list — it seems to me that the successful ones and the ones that stay out there those been grassroots campaigns.

government can do many things with organizations and with departments of education, but in terms of really sustaining and raising the interest level, would an organization like the Canadian Mental Health Association, and I know that they are probably doing everything that they can do, do it better than we can in government?

Ms. Maynard: Government has a critical role to play, starting with funding the services. We have already heard how pitiful it is, and as long as the services are underfunded, people can certainly draw the message that it is not important. Some leadership and awareness building — government can be a partner there.

However, let me get back to the breast cancer example. It was grassroots in the beginning, but the business community has now gotten involved in that one in a big way — banks, cosmetic companies. It is enormous. People are now seeing this as a cause that they want to get behind. I remember when it was considered revolutionary that Betty Ford was talking about a mastectomy.

The Chairman: As well, in terms of changing attitudes, the government role on drunk driving, which has radically changed attitudes has entirely — yes, MADD and others have had the odd advertisement — but that was funded exclusively by government.

Senator Trenholme Counsell: Of course, that is tied in with legislation, with police legislation, with fines. There is a little more structure there. However, there is no question that, right from the Prime Minister and the federal Department of Health down to provincial and local hospitals, we have to bring mental health to the forefront. I know the breast cancer movement has had all this funding from CIBC — that is the one that comes to my mind, but I am sure there is all kinds of others.

In terms of parenting and child development, Dr. Douglas Willms, one of Canada's leading researchers, demonstrated that the biggest single factor in vulnerability with children was the depression of the mother. I have not seen that mentioned. We are talking about child care and development. It seems to me it is so hard to capture that grassroots attention. I think journalists have

a prendre la décision qu'elle a prise. Ainsi, une seule personne peut avoir une influence disproportionnée. C'est pour cela que nous prenons très au sérieux cette responsabilité.

Le sénateur Trenholme Counsell : On nous a dit que nous devrions adopter une stratégie nationale et ainsi de suite, mais au fond de moi, je me demande si les campagnes qui ont vraiment donné des résultats, que ce soit celles que le sida, sur le cancer du sein, sur l'autisme ou sur la violence familiale — et la liste est longue — je me demande donc si celles qui ont réussi, celles qui laissent trace ne sont pas les campagnes qui viennent de la base.

Le gouvernement peut faire bien des choses avec ses organisations et avec les ministères de l'éducation et autres, mais pour parvenir à véritablement hausser et maintenir le niveau d'intérêt, pensez-vous qu'une organisation comme l'Association canadienne de la santé mentale, qui fait sans doute un excellent travail, puisse faire mieux que le gouvernement?

Mme Maynard : Le gouvernement a un rôle fondamental à jouer, à commencer par le financement des services. Or, nous avons entendu à quel point c'est lamentable de ce côté et, tant que les services sont sous-financés, la population se dira qu'ils sont sans importance. Nous avons besoin de leadership et de campagnes de sensibilisation et le gouvernement peut jouer un rôle de partenaire sur ces plans-là.

Toutefois, permettez-moi d'en revenir à votre exemple du cancer du sein. Au début, c'est effectivement la balle qui a lancé le mouvement, mais le milieu des affaires est intervenu ensuite et de belle façon, par la voie des banques et des laboratoires de produits cosmétiques. C'est énorme. La population estime que c'est à présent une cause qu'il vaut la peine d'appuyer. Je me rappelle quand on jugeait révolutionnaires les interventions de Betty Ford au sujet de la mastectomie.

Le président : Eh bien, pour ce qui est des changements d'attitude, la campagne lancée par le gouvernement en matière d'alcool au volant a permis de changer radicalement les attitudes — c'est vrai que MADD et d'autres ont fait des publicités ici et là — mais toute cette campagne a été exclusivement financée par le gouvernement.

Le sénateur Trenholme Counsell : Bien sûr, parce que tout cela était lié à la loi, que la police devait intervenir et qu'il y avait des amendes. Dans ce cas, la structure était un peu meilleure. Toutefois, il ne fait aucun doute que le premier ministre en tête et le ministère fédéral de la Santé, d'un côté, et les hôpitaux provinciaux et locaux, de l'autre, ont réussi à faire passer la santé mentale à l'avant-plan. Je sais que le mouvement en faveur de la lutte contre le cancer du sein a bénéficié de fonds de la CIBC — je pense à cette banque en passant, mais je suis sûr qu'il y en a bien d'autres qui ont contribué.

Pour ce qui est du rôle des parents et du développement des enfants, le Dr Douglas Willms, l'un des éminents chercheurs au Canada en la matière, a démontré que le grand facteur de vulnérabilité chez les enfants est la dépression de la mère. Je n'ai jamais vu cela mentionné. Nous parlons de garderie et de développement de l'enfance et j'ai l'impression qu'il est difficile

an incredible role to play in this, but does it have to be individual journalists? Your CBC or your magazine or your newspaper, does an individual journalist have to say "I am going to push this"?

Ms. Elliott: It has been my experience that I have had to push this issue. It is not that, for example, The Canadian Press or the CBC has not done reporting on mental illness before my arrival or will do after I leave. There are other reporters who have done the work, but I have found that there is nothing comprehensive, that everything I have done has been on the side, in addition to my other duties. It has been a labour of love for me. The issues that I was nurtured on as a young journalist in the North had such a deep impact upon me that I felt it was something I would always want to report on, and in my subsequent years as a journalist, I have had personal experiences.

The daughter of a colleague of mine killed herself just a couple of years ago, and that had a huge impact on our news room. There are all kinds of reasons why people get involved in these issues, but it really boils down to a personal commitment that cuts across a job description. It must be the same in government right now — there must be people within Health Canada who want to see this issue have more of a profile than it does. I would say that that has to happen, in addition to the grassroots work that is being done. It has to come together. It cannot be one or the other. There has to be an official commitment, just as there has to be official recognition for other problems, other illnesses and other social issues.

Senator Trenholme Counsell: Do you think we could ignite the passions of Canadians better on the ground to push government — when I think of resolutions coming up at our national convention, there is nothing about mental health care. Can Canadians do it themselves? Is there a way that the citizenship of this country can do a better job in terms of passion?

Ms. Maynard: The groups on the ground are often very small, and the ones I have been dealing with do not have any money. I have been working as an advisor to a small organization that is working to raise the profile of postpartum depression, among other things. The group is operating on a shoestring; they have one staff member. Let me give you one single example. They wanted to do an awareness piece for every paediatrician in Ontario, because the paediatrician is the key contact for the mom. If you want to reach these moms, who are very embarrassed, the paediatrician is the best place to start. There is no central registry that you can go to for all the paediatricians. You have to do the work yourself, and in the small organization I referred to a very long time to do it because they really did not have any resources. It is not that the passion was not there.

Senator Cordy: Thank you very much to the three of you. You have been extremely open with us this afternoon.

d'arriver à capter l'attention du grand public. J'estime que les journalistes ont un rôle incroyable à jouer à cet égard, mais doivent-ils le faire au niveau individuel? À Radio-Canada, à votre magazine ou à votre quotidien, les journalistes doivent-ils, individuellement, déclarer qu'ils vont pousser ceci ou cela?

Mme Elliott : J'ai constaté que je devais effectivement insister pour faire passer ce dossier. Ce n'est pas parce que la Presse canadienne ou Radio-Canada n'ont pas traité de la question de la maladie mentale avant mon arrivée et qu'ils ne le feront pas après mon départ. D'autres journalistes ont assuré ce genre de couverture, mais tout ce que j'ai fait, je l'ai fait sur le côté, en plus de mes autres tâches. C'était du travail gratuit. Les problèmes auxquels j'ai été confrontés en tant que jeune journaliste dans le Nord ont laissé une telle empreinte sur moi que je me disais que je voudrais toujours couvrir ce genre de dossier. Et puis, plus tard, j'ai vécu d'autres expériences personnelles en tant que journaliste.

La fille d'une de mes collègues s'est suicidée, il y a tout juste deux ans, ce qui a eu l'effet d'une bombe dans notre salle des nouvelles. Il y a toutes sortes de raisons pour lesquelles les gens s'intéressent à ce dossier, mais dans tous les cas, il s'agit d'un engagement personnel qui échappe à toutes les descriptions de fonction. Il faut que ce soit la même chose au gouvernement, il faut que des gens à Santé Canada veuillent que ce genre de question bénéficie d'un meilleur traitement qu'elle ne l'a eu jusqu'ici. Il faut faire un choix, ce ne peut pas être l'un ou l'autre. Il faut obtenir un engagement officiel, tout comme l'on a obtenu la reconnaissance officielle d'autres problèmes, d'autres maladies ou d'autres questions sociales.

Le sénateur Trenholme Counsell : Pensez-vous que vous pourriez davantage parvenir à rallumer les passions des Canadiens si vous les motiviez à intervenir auprès du gouvernement — quand je pense aux résolutions qui sont présentées à notre congrès national, jamais aucune ne porte sur les soins en santé mentale. Les Canadiens pourraient-ils le faire de leur côté? Y a-t-il une façon pour amener les citoyens de ce pays à être davantage passionnés?

Mme Maynard : Dans la plupart des cas, les groupes qui travaillent sur le terrain sont relativement petits et ceux que j'ai contactés n'ont pas d'argent. Je travaillais comme conseillère auprès d'une petite organisation qui cherche, notamment, à mieux faire connaître la dépression post-partum. Le groupe a un budget très limité et il n'a qu'un employé. Je vais vous donner un seul exemple. Ces gens-là voulaient préparer un dépliant afin de sensibiliser tous les pédiatres en Ontario parce qu'ils représentent le principal contact pour les mères. Si vous voulez atteindre ces mères qui sont très gênées, c'est par le pédiatre qu'il faut commencer. Il n'existe pas de registre central donnant la liste de tous les pédiatres. Vous devez faire le travail vous-même et, cela a pris beaucoup de temps pour la petite organisation dont je parlais, parce qu'elle manquait de ressources. On ne peut pas dire que le problème soit dû au manque de passion.

Le sénateur Cordy : Merci beaucoup à vous trois. Vous avez été extrêmement ouverts avec nous cet après-midi.

I would like to go back to the issue of the public tying the mentally ill with police situations, with breaking the law. In a police standoff, such as we had not that long ago in Nova Scotia, you get the TV cameras, which visually has a major impact, the print media and so on, and the tie-in automatically is that mentally ill means they are in trouble with the law, means potential for violence because the TV has pictures of armed police officers and so on. When these stories become the lead news story in the evening — it reminds me of my teaching days: You have to tell a child a thousand times how good they are, but if one person says they are not good, it sort of diminishes the whole thing.

Is there anything further you wanted to add to what you said earlier?

Mr. Simmie: I wish I knew the answer. When there is a dramatic standoff in a neighbourhood and the television cameras are there, unfortunately, it is going to get on the evening news. The challenge for editors and for journalists is to try to add some context. Let people know that the majority of people with mental health issues do not pose a threat or are not dangerous. Still I am not sure how much good that does when there is a picture of someone being taken away in handcuffs. It is something that has contributed to and fed stigma for many, many years, and I think it will continue. I am not sure how we will get around it, other than more responsible reporting or more proactive reporting at other times.

Ms. Maynard: I think there is an opportunity with some of these stories for service-oriented sidebars as well as contextual information.

For example, there was a widely reported case in Toronto a couple of months ago involving a seemingly happy young mother who killed herself and one of her little kids. The case got a lot of play. With a story like that, there is an opportunity to do sidebars that point out two things: First of all, this is extremely common; it is underdiagnosed. If somebody had got to this woman earlier, there might have been a very different outcome. Most of them are not going to be violent to anybody. This could be your sister. This could be you and here is where you can call if you notice one of these signs. I think that would be a huge help. I am chagrined to say that I do not remember how much of this information the papers actually were providing.

Senator Cordy: I may not be recalling the same story, but there were interviews with neighbours who were saying the woman was a fine neighbour and that they did not know anything was wrong. So, maybe the media can do the kinds of things you suggested. The person is somebody's daughter or son. They are sisters and

Je voudrais que nous reparlions de cette question de la population qui établit un lien entre la criminalité et la maladie mentale, quand des gens enfreignent la loi. En cas d'opérations policières comme celle qui s'est produite en Nouvelle-Écosse il n'y a pas si longtemps, les caméras de télévision se déplacent, on obtient un impact majeur, la presse écrite et d'autres font automatiquement le lien entre maladie mentale et démêlé avec la justice, avec le potentiel de violence puisque la télévision montre des images de policier armé. Quand ce genre de nouvelles fait les grands titres du soir — cela me rappelle l'époque où j'enseignais. Il faut répéter des milliers de fois à un enfant qu'il est bon, mais il suffit d'une personne qui lui dise qu'il ne l'est pas et tout s'écroule.

Voulez-vous ajouter quelque chose à ce que vous avez déclaré plus tôt?

M. Simmie : J'aimerais connaître la réponse. Quand il y a un accrochage dans un quartier et que les caméras de télévision sont présentes, il est évident que la nouvelle passera aux informations du soir, ce qui est malheureux. Le problème pour les rédacteurs en chef et les journalistes, c'est qu'ils doivent mettre tout cela en contexte. Il faut faire connaître à la population que la majorité des personnes souffrant de maladie mentale ne constituent pas de menace et ne sont pas dangereuses. Je ne sais pas dans quelle mesure cela est valable quand on a vu des images d'une personne que l'on emmène, menottes aux mains. C'est ce genre de chose qui a contribué à la stigmatisation et qui l'a alimenté pendant des années et des années et je crois que cela va continuer. Je ne suis pas certain comment nous allons nous sortir de cette situation, si ce n'est en rendant compte ailleurs de la nouvelle, mais de façon plus responsable, plus proactive.

Mme Maynard : Je pense qu'il serait possible, dans de tels cas, de contextualiser l'information dans des encadrés.

Par exemple, il y a deux mois, il a beaucoup été question dans la presse d'une jeune mère de Toronto, apparemment heureuse, qui a tué un de ses jeunes enfants et qui s'est suicidée. Cette histoire a fait couler beaucoup d'encre. Dans un cas de ce genre, on pourrait faire des encadrés pour signaler deux choses : d'abord, que ce genre de dépression est extrêmement courante et, deuxièmement, qu'elle est mal diagnostiquée. Si un médecin avait vu cette femme plus tôt, elle ne se serait peut-être pas suicidée. La plupart des femmes en dépression postmortem ne sont pas violentes. Il pourrait s'agir de votre sœur. Ce pourrait même être vous et voici le numéro auquel vous pourriez appeler si vous constatez l'un de ces signes. Je crois que ce genre d'encadré serait très utile. Je regrette d'avoir à vous dire que je ne me souviens pas d'avoir vu beaucoup d'information de ce genre dans les journaux.

Le sénateur Cordy : Je me rappelle avoir lu le même article, mais les voisins, interviewés, ont déclaré que cette femme était de bon voisinage et qu'ils n'avaient perçu aucun problème. Effectivement, les médias pourraient faire ce que vous recommandez. Les personnes dans ce cas sont forcément la fille

brothers, those kinds of things. Highlighting the need for more services might be a way of doing the sidebar.

Mr. Simmie: One of the things, and you will have to forgive me if I mentioned it in my opening remarks, we found is that any time that you write an explanatory story that does include contact numbers and information for access points to the system, people will consistently tell you from those agencies that their phones ring off the hook. I think it is worth bearing in mind as reporters to try to include that kind of tangible, useful information as well.

Senator Cordy: Louise, in your written material, you talked about suicide addiction. I was not quite sure what you mean by suicide addiction.

Ms. Elliott: That is because I forgot to put a comma between "suicide" and "addiction."

Senator Cordy: I thought maybe that was it.

Ms. Elliott: Suicide and addiction.

Senator Cordy: You talked about crisis management. We had police officers before us this morning as witnesses, and they talked about their frustrations in taking a person who has attempted suicide to outpatients and having to wait there for up to 10 hours to get help. So, in addition to the person not getting help, the idea again goes back to what we spoke about earlier, where the person needs a police escort and for 10 hours the police escort is waiting with them.

What do you mean by crisis management?

Ms. Elliott: In a strategy, I mean. I would defer to Scott on this, but my understanding of it from speaking with people who would like to see these strategies in place is that community crisis management involves all levels of crisis management. So, somebody needs attention, yes, you have a police escort, but then you would also have an adequate service at the receiving end, say, at a hospital where that person would receive attention on an as-needs basis. In other words, if it is a crisis that person is not waiting. There would then be follow-up for the family members. There would be follow-up for the community. There would be prevention. There would be a coordinated response to an incident rather than, as currently exists in the North, no response in a lot of communities, so you see rushes of suicides taking place. In very rare cases where I was, you see violent incidents, although that is very rare in Ojibwa communities, but there have been a few.

Senator Cook: Thank you very much for being here. Yours is an honourable profession; we are either completely captivated with it or addicted to it. The first thing we do in the morning is run for the paper or turn on the news; at the end of the day, we turn on the evening news. To bring a balance to that is the challenge of your profession.

ou le fils de quelqu'un. Il y a toujours un frère ou une sœur quelque part. Effectivement, un encadré pourrait être une façon de souligner le fait qu'il faut davantage de services.

M. Simmie : Vous voudrez bien m'excuser si j'ai déjà mentionné dans mes remarques liminaires ce dont je vais parler, mais nous avons constaté que chaque fois que nous publions un texte descriptif, précisément les numéros de téléphone à appeler et les informations pour accéder au système, les gens qui travaillent dans les organismes concernés nous disent que leur téléphone n'arrête pas de sonner. Les journalistes que nous sommes ne doivent pas oublier l'utilité d'informations tangibles de ce genre.

Le sénateur Cordy : Louise, dans votre document, vous parlez de « suicide toxicomanie ». Je ne vois pas très bien ce que vous voulez dire par là.

Mme Elliott : C'est parce que j'ai oublié la virgule entre « suicide » et « toxicomanie ».

Le sénateur Cordy : C'est ce que je pensais.

Mme Elliott : Il s'agit du suicide et de la toxicomanie.

Le sénateur Cordy : Vous avez parlé de gestion de crises. Ce matin, avant vous, nous avons accueilli des policiers qui nous ont fait part de leurs frustrations parce qu'ils doivent accompagner des personnes qui ont voulu se suicider dans des services externes et doivent rester là avec elles, parfois 10 heures de temps. Ainsi, non seulement, le candidat au suicide n'obtient-il pas d'aide, mais cela nous ramène à ce que nous disions tout à l'heure, c'est qu'il lui faut être encadré par deux policiers qui restent là pendant 10 heures.

Que voulez-vous dire par « gestion des crises »?

Mme Elliott : Je parle du point de vue stratégique. Je préférerais que Scott vous réponde, mais ce que j'ai compris pour m'être entretenue avec des gens qui aimeraient de telles stratégies soient adoptées, il s'agit d'une gestion des niveaux de crise au niveau communautaire. Tout le monde doit effectivement bénéficier d'une certaine attention, il faut effectivement déployer des escortes policières, mais il faut savoir un service adapté en bout de ligne, par exemple à l'hôpital où la personne devra être traitée selon les besoins. Autrement dit, en cas de crise, il ne faut pas que l'intéressé attende. Il faudrait également assurer un suivi auprès de la famille. Il y aurait aussi un suivi à l'échelon de la collectivité. Il y aurait des mesures préventives qui seraient adoptées. Il faudrait coordonner la réponse en cas d'incident plutôt que de ne rien mettre en place dans bien des cas, comme on le constate dans le Nord, car c'est ce qui débouche sur des épidémies de suicide. Là où j'ai séjourné, je n'ai entendu parler que de très rares cas avec violence, parce que cela est très rare dans les communautés Ojibwa, bien que cela arrive.

Le sénateur Cook : Merci beaucoup de vous être déplacé. Vous faites un métier honorable et nous sommes, soit complètement captivés, soit accrochés par ce que vous faites. Le matin, nous nous précipitons pour lire le journal ou écouter les nouvelles et, à la fin de la journée, nous allumons la télévision pour le journal du soir. Le grand défi, consiste à apporter un équilibre par rapport à ce que vous faites.

The power of that word is what is hanging inside me more and more as I hear this, and the word is "stigma." We hear the power of that word over and over and over, and for me it is taking on a new significance, because in my mind it is becoming a human rights issue. Unless we get rid of that word, Mr. Chair, and use something else or apply it or do something, I do not think we are going to move forward.

For me, the challenge, and I ask for your opinion on it, is the integration of health services. Right now, mental health is outside the loop. If we could bring it into the mainstream of the delivery of health services, maybe we could help it. The empowerment is going to have to come from the individual, the consumer, I believe. The only way around this is to empower the individual to bring about change, because there it is and the media consumes this in all aspects of our being.

So, for me, the challenge is this: If we cannot get rid of stigma, we will change the word in some manner or fashion, but I think the empowerment will have to come from the individual with all of adding to it. I would like your opinion.

Ms. Maynard: One comment I would like to make is that the media can empower consumers to ask for better care, to monitor their own lives and the lives of people around them so that they will be alert for the signs of trouble. However, if there is not anywhere to go, then people get stuck very early on in their efforts to effect any kind of change. I have seen letter after letter saying, "It is all very well to tell me I should be asking my doctor these questions, but I cannot find a doctor, let alone one who will be qualified to deal with these issues." For parents of teenagers who need mental health services for their kids, it is really heart-wrenching to watch what they go through trying to get help for them.

Mr. Simmie: I would agree, senator, that it is a human rights issue. As I was drafting my comments last night — journalists are terrible procrastinators, some of us — I was thinking about what stigma and discrimination are. They are a human rights issue, I believe. As you know, they condemn people to unemployment, to appalling housing.

In my own instance, I was off on disability, finally getting back to work and was going to get an RRSP loan. I went to the bank, a bank I had dealt with for years, and they said they would be happy to give me a loan. I told them I would like to get some insurance on the loan, because I was just returning to work and was not sure how long I would be there. They asked me to fill out a form, and of course one of the questions was, "Have you ever had a mental illness?" And once you tick "yes" in that box, you will be denied insurance at Canadian banks. That is a human rights issue.

Il y a un mot qui raisonne de plus en plus puissamment en moi, il s'agit du mot « stigmaté ». On nous a souvent parlé de la puissance de ce mot-là et, pour moi, il revêt un sens tout à fait nouveau, parce qu'il touche à la question des droits de la personne. À moins que l'on se débarrasse de ce mot, monsieur le président, et qu'on en utilise un autre, ou qu'on l'applique à autre chose, je ne pense que nous parviendrons à faire des progrès.

Quant à moi, et je vais vous demander votre avis à ce sujet, le défi réside dans l'intégration des services de santé. Pour l'instant, la santé mentale est laissée de côté. Si nous pouvions l'inscrire dans le cadre de prestations des services de santé, cela pourrait nous aider. Ce sont les particuliers, les clients qui, selon moi, devront prendre les choses en main. La seule façon d'y parvenir consiste à habiliter les particuliers à provoquer le changement, les médias étant d'excellents vecteurs puisqu'ils sont omniprésents dans nos vies.

Le défi, quant à moi, est donc le suivant : si nous ne parvenons pas à éliminer la stigmatisation, nous devons changer ce mot d'une façon ou d'une autre, mais j'estime que cette révolution devra venir de la base. Qu'en pensez-vous?

Mme Maynard : Je vous dirais ceci. Les médias peuvent effectivement outiller les consommateurs pour qu'ils réclament de meilleurs soins, pour qu'ils prennent leur vie en main et qu'ils s'occupent aussi de la vie de leurs proches, pour qu'ils soient alertés aux premiers signes de problème. Cependant, s'ils n'ont nulle part où s'adresser ensuite, les gens se décourageront très tôt dans leurs efforts visant à parvenir à un quelconque changement. J'ai vu des dizaines et des dizaines de lettres dans lesquelles on me disait « C'est très bien de me recommander de poser des questions à mon médecin, mais je ne parviens pas à en avoir et encore moins à en trouver un qui soit compétent pour s'occuper de ce genre de problème ». Les parents d'adolescents qui ont besoin de services de santé mentale pour leurs enfants sont littéralement déchirés de constater qu'ils essaient d'obtenir de l'aide mais n'aboutissent pas.

M. Simmie : Je suis d'accord, sénateur, avec le fait qu'il s'agit d'une question de droits de la personne. Pendant que je rédigeais mon intervention, hier soir — les journalistes sont d'horribles procrastinateurs, du moins certains d'entre nous — je réfléchissais à ce que sont la stigmatisation et la discrimination. Selon moi, ce sont des questions qui relèvent des droits de la personne. Comme vous le savez, à cause de la stigmatisation, on condamne ces gens-là au chômage et à des logements insalubres.

Prenez mon cas, par exemple. Quand je suis revenu au travail, après m'être arrêté pour incapacité, j'ai voulu obtenir un prêt sur mon REER. Je suis allé à la banque, avec qui je faisais affaires depuis des années et le préposé m'a déclaré qu'il serait heureux de me donner un prêt. J'ai alors demandé une assurance sur le prêt, parce que je venais juste de revenir au travail et que je ne savais pas combien de temps j'allais y rester. On m'a demandé de remplir un formulaire où l'on posait bien sûr la question : « Avez-vous déjà eu une maladie mentale? » Si vous cochez la case « Oui », on vous refuse l'assurance dans les banques canadiennes. C'est effectivement un problème de droits de la personne.

A friend of mine down the street, who is a lawyer and has an excellent reputation, had seen a psychiatrist once. She used to work for a large law firm and decided to set up private practice. When she tried to purchase private insurance, she was asked if she had ever seen a psychiatrist, and she was denied insurance.

These are human rights issues; these types of questions should be legislated against, in my opinion, or should be challenged in court. So, perhaps that is one way.

In terms of empowerment, yes, empowerment ultimately does come from the individual, but I do not think that empowerment can occur in a society that places little value on people with mental health issues. I think it is the time of your life when you feel more powerless than ever.

Senator Cook: In terms of integration of services, tertiary care, primary care, would that help?

Mr. Simmie: I think there are pros and cons. One of the pros is that people visit their GP generally. Therefore, a GP has a perfect opportunity to pick up signs or to question people about signs of their mental health or addiction. It is a perfect screening or entry point.

On the other hand, I visited New Brunswick as part of the series, and in that province, almost everywhere, you will find community mental health centres. They are called "Community Mental Health Centres." If you walk in the door of one of those centres and say, "I am not feeling that well," someone will find out what the problem is, and they know the landscape. They know the mental health landscape so they will hook you up with the appropriate agency or physician. So, in some ways, there are advantages to having a distinct sort of mental health labelled system, but the two are ultimately and inextricably linked.

Senator Callbeck: Is it true with all insurance companies — that a person will be denied if they have a history?

Mr. Simmie: I could not say. I can only tell you about my experience.

The Chairman: We can find out.

We are running late, so I would like to ask you a question and leave it with you, to think about, to get back to me with an answer.

One of you said that it would be unfortunate to have our mental health report come out and only get small coverage in the paper, say, and then disappear. That was not the case with our previous health report, in part because it was so radically different from the Romanow report and, in part, because a number of provincial governments are proceeding to do many of the things

J'ai une amie qui est avocate, d'excellente réputation, qui habite pas très loin de chez moi. Un jour, elle a été consulter un psychiatre. Après avoir travaillé pour un important cabinet d'avocats, elle avait décidé de se lancer dans la pratique privée. Quand elle a voulu se procurer une assurance privée, on lui a demandé si elle avait déjà consulté un psychiatre et comme elle a répondu oui, on lui a refusé cette assurance.

Il s'agit bien de problèmes liés aux droits de la personne. Personnellement, j'estime qu'il faudrait interdire ce genre de question dans la loi ou les contester devant les tribunaux. Ce serait peut-être une façon de faire.

Pour ce qui est d'outiller nos lecteurs, nos téléspectateurs ou nos auditeurs, il est vrai qu'au bout du compte ce sont les particuliers qui sont responsables de prendre les choses en main, mais je ne pense pas que cela puisse arriver dans une société qui accorde aussi peu de valeur aux questions de santé mentale. C'est quand on se trouve dans ce genre de situation qu'on se sent plus démuné que jamais.

Le sénateur Cook : Pour ce qui est de l'intégration des services, pensez-vous que l'on pourrait agir au niveau des soins tertiaires, des soins primaires?

M. Simmie : Il y a des pour et des contre. Pour ce qui est des pour, il faut dire qu'en général, la population s'adresse à des omnipraticiens. Ainsi, les omnipraticiens sont très bien placés pour repérer des signes de maladie mentale ou de toxicomanie ou pour recueillir les questions des gens à ce sujet. Ils constituent donc un excellent point d'accès pour le triage.

D'un autre côté, dans le cadre de la série que j'ai réalisée, j'ai sillonné le Nouveau-Brunswick et j'ai vu que, presque partout, il y a des centres communautaires de santé mentale, et c'est d'ailleurs le nom qu'ils portent. Il suffit de se présenter à la porte d'un de ces centres et de dire « Je ne me sens pas très bien », pour que quelqu'un, qui connaît bien la structure des soins en santé mentale, détecte le problème. Comme cette personne connaît la structure, elle met le patient en rapport avec l'organisme concerné ou avec un médecin. Ainsi, sur certains plans, les réseaux de santé mentale présentent des avantages, mais, en fin de compte, les deux aspects sont intimement liés.

Le sénateur Callbeck : Est-ce vrai que les compagnies d'assurance peuvent refuser d'assurer quelqu'un qui a un passé psychologique?

M. Simmie : Je ne sais pas. Je peux simplement vous parler de mon cas.

Le président : Nous vérifierons.

Nous sommes en train de prendre du retard et je vais donc vous poser une question sur laquelle vous pourrez nous quitter et à laquelle vous pourrez me répondre plus tard.

L'un de vous a dit qu'il serait regrettable que notre rapport sur la santé mentale soit publié sans faire l'objet d'une petite couverture médiatique dans les journaux, par exemple, et qu'il tombe ensuite dans l'oubli. Eh bien, c'est malheureusement ce qui s'est passé avec notre rapport précédent, en partie parce qu'il différait radicalement du rapport Romanow et en partie parce que

that we recommended that he did not. So, it has been kept alive, not such in the media, but by people on the ground. However, in that report, we were not dealing with the issue of how to change attitudes. We were dealing with the issue of how to solve a practical problem.

I sure would like some advice, when you have thought about it, as to what has to be done to keep the mental health issue alive. We can put out a report and make speeches, but to get this issue out of the closet and keep it as a major issue before governments at all levels, one needs a mechanism for doing that. Those of us who have been in and around governments a lot of our lives are inclined to think of governmental mechanisms; however, often there are other ways of doing things. If you do not mind, I would ask you to get back to us on your thoughts on a mechanism. We see this report as the first step in a long journey. It is not the end of the journey. We have to put in place a mechanism that will carry the journey, and I would love to have the thoughts of people from your end of the business, the communications business, as to what that mechanism would be.

Thank you very much for attending here today.

Our next panel will deal with early intervention. They are appearing together as a group, as it were, in the sense that they have all been involved in very similar things. Tara Marttinen was a patient early on. She will be followed by Phyllis Grant-Parker and Dr. Malla. Phyllis is from Ottawa and Dr. Malla is from the Douglas Hospital — and for those of you who do not know Montreal, what was once the Verdun Mental Hospital is now called the Douglas Hospital.

Ms. Tara Marttinen, as an individual: I am a third-year honour psychology student at the University of Western Ontario, and I am also an advocate for those living with mental illness.

On December 4, I composed a letter and sent it to your committee. It was published in your first report of your hearings. It was on behalf of the Parent Partnership Preventing Psychosis.

I am going to talk a little bit about myself, and then make some recommendations pertaining to the third report.

The story of my life begins three years before I was born, and it starts with somebody I do not know to this day — my father. When my dad was 16 years old, he committed a minor offence for which he was jailed. In the days following this offence, he attempted suicide for the first time, and it was not his last time. This should have been a warning sign that something was amiss, that maybe something was going on with him, but nobody really red-flagged it. Nobody took it as anything. When my dad

plusieurs gouvernements provinciaux vont faire plusieurs choses que nous avons recommandées, mais pas Romanow. Ainsi, notre rapport demeure une référence, même s'il n'en est pas question dans les médias, auprès des gens sur le terrain. Toutefois, dans ce rapport, nous ne traitons pas de la façon de changer les attitudes. Nous parlons des problèmes et de la façon de les résoudre d'un point de vue pratique.

Après que vous y aurez réfléchi, j'aimerais que vous nous conseilliez sur ce qu'il faut faire pour maintenir la question de la santé mentale au premier plan. Nous pouvons toujours produire un rapport et faire de beaux discours, mais pour que cette question sorte du placard et qu'elle devienne l'un des grands thèmes d'action de tous les échelons de gouvernement au Canada, nous devons pouvoir nous appuyer sur un mécanisme. Ceux d'entre nous qui ont beaucoup fréquenté les gouvernements dans leur vie sont enclins à raisonner en termes de mécanismes gouvernementaux, mais très souvent, il existe d'autres façons de faire les choses. Si vous le voulez bien, j'aimerais que nous fassiez part de vos réflexions sur ce que pourrait être un tel mécanisme. Nous estimons que notre rapport sera la première étape d'une longue odyssée. Il n'est pas la destination. Nous devons mettre en place un mécanisme qui nous permettra d'entreprendre cette odyssée et, à ce sujet, j'aimerais beaucoup recueillir les réflexions de gens qui appartiennent au milieu du journalisme, des communications.

Merci beaucoup de votre visite.

Nous allons maintenant accueillir un autre groupe qui va nous parler d'intervention précoce. Les prochains témoins se présentent en groupe, parce qu'ils ont participé à des choses semblables. Tara Marttinen a été patiente dès ses premiers jours. Elle sera suivie de Phyllis Grant-Parker et du Dr Malla. Phyllis vient d'Ottawa et le Dr Malla de l'Hôpital Douglas, pour ceux d'entre vous qui ne connaissent pas Montréal, il s'agissait de l'Hôpital psychiatrique de Verdun, aujourd'hui appelé Hôpital Douglas.

Mme Tara Marttinen, témoignage à titre personnel : Je suis étudiante en troisième année de psychologie à l'Université Western Ontario et je suis aussi porte-parole des personnes souffrant de maladie mentale.

Le 4 décembre dernier, j'ai envoyé une lettre à votre comité qui a été publiée dans votre premier rapport à la suite de votre première série d'audiences. Je l'ai écrite au nom de Parent Partnership Preventing Psychosis.

Je vais vous parler un peu de moi-même, après quoi je vous ferai part de certaines recommandations pour votre troisième rapport.

L'histoire de ma vie a commencé trois ans avant ma naissance, avec une personne que je ne connais pas : mon père. Quand mon père avait 16 ans, il a été appréhendé pour une petite infraction qui lui a valu d'être emprisonné. Dans les jours qui ont suivi sa condamnation, il a essayé de se suicider une première fois, mais ce n'allait pas être la dernière. Cela aurait dû être un signe avertisseur que l'on était passé à côté de quelque chose, qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas chez lui, mais personne n'a

was 19, the time when I was conceived, he began to behave very strangely. He was acting aggressively, very impulsively, erratic, and he was speaking very irrationally.

When I was born, my mother would not let my father be alone with me because she was afraid of his behaviour and the things he might do. At about the same time, my father was admitted into a psychiatric hospital for the first time, and it definitely was not his last time. He was in and out of hospital in Sault Ste. Marie and in North Bay for three years, before he committed suicide in June 1984. My father was never diagnosed with any disorder in the three years he spent in and out of hospitals. However, after an inquest into his death, he was diagnosed posthumously with schizophrenia — and this is his legacy that I have and carry with me today.

When I was diagnosed with a psychotic disorder, I was 16. It took me less than six months to get the diagnosis my father got six years too late, and I had not even had a break with reality. Break with reality is what happens in psychosis. We lose contact with reality. Early intervention is the approach to treatment that saved my life. Let me repeat: I believe it saved my life, because we see the story of my father, and how I came to be treated by this cutting-edge approach is actually a pretty interesting story.

Given my mother's experience with my father, we understood that I would not receive adequate care in Sault Ste. Marie — which is a Northern Ontario community, basically said to be in the middle of nowhere and nowhere. My mother called an uncle here in Toronto who is a psychologist. My uncle told her about the treatment program that had opened up in London, and I was one of the first clients accepted in its first year. The Prevention & Early Intervention Program for Psychoses — PEPP — has a waiting period of up to two weeks, and clients are seen by a psychiatrist, a psychometrist and a psychologist. Clients are also assigned case managers who monitor their ongoing treatment and care. The case managers also act as liaisons for these clients within the community. Hence, case managers, on behalf of their clients, access programs and services that PEPP does not offer — for example, disability pensions and educational services. Family members are encouraged to be active participants in the loved one's recovery.

I like to mention this, because my grandmother was told to butt out of my father's care. In fact, she did not even know what was going on with him. She did not even know he was released from the hospital. He committed suicide about eight hours after he was released.

alors émis de mise en garde. Personne ne s'est inquiété. Quand il a eu 19 ans, l'âge qu'il avait quand il m'a conçue, il a commencé à se comporter de façon très étrange. Il était agressif, impulsif, avait un comportement excentrique et était très irrationnel dans ce qu'il disait.

Quand je suis née, ma mère ne voulait pas que mon père demeure seul avec moi, parce qu'elle avait peur de son comportement et de ce qu'il aurait pu faire. À peu près à la même époque, mon père a été admis dans un hôpital psychiatrique pour la première fois, mais ce ne devait pas être la dernière. Trois années de suite, jusqu'à ce qu'il se suicide en 1984, il a été régulièrement admis et libéré des hôpitaux de Sault Ste. Marie et de North Bay. Pendant les trois ans passés à fréquenter des hôpitaux, jamais aucun diagnostic de trouble mental n'a été posé dans le cas de mon père. Toutefois, après une enquête suite à sa mort, on a diagnostiqué chez lui une schizophrénie à titre posthume, héritage qu'il m'a laissé et que je continue d'avoir en moi.

J'avais 16 ans quand on a diagnostiqué chez moi des troubles psychotiques. Il leur a fallu moins de six mois pour établir chez moi le diagnostic qui avait été posé chez mon père six ans trop tard, et je n'avais pas encore véritablement vécu les affres de la maladie. Les affres de la maladie, c'est la psychose. On perd contact avec la réalité. L'intervention précoce a consisté à me donner des traitements qui m'ont sauvé la vie. Je le répète : je suis convaincue que ces traitements m'ont sauvé la vie quand on songe à ce qui est arrivé à mon père. La façon dont on a appliqué cette démarche de pointe à mon cas est relativement intéressante.

Après ce que ma mère avait vécu avec mon père, nous nous étions dit que nous ne recevions pas de soins adéquats à Sault Ste. Marie, ville du nord de l'Ontario qui se trouve au milieu de nulle part. Ma mère a communiqué avec un oncle qui habite ici, à Toronto, et qui est psychologue. Celui-ci lui a parlé d'un programme de traitement qui venait d'être mis sur pied à London et j'ai d'ailleurs été l'un des premiers clients acceptés dans sa première année. Il y avait une période d'attente de deux semaines pour accéder au programme de prévention des psychoses et d'intervention précoce, le PPPIP, et les clients étaient vus par un psychiatre, un psychométricien et un psychologue. Les clients sont également confiés à des gestionnaires de cas qui contrôlent les traitements et les soins qu'ils reçoivent. Les gestionnaires de cas font également office d'agent de liaison entre les clients et la communauté. Ainsi, les gestionnaires de cas, au nom de leurs clients, se chargent d'administrer l'accès aux programmes et aux services qui ne sont pas offerts par le PPPIP, comme les services de pension d'invalidité et d'éducation. Les membres de la famille sont invités à participer activement au rétablissement de leurs proches.

Cela est important, parce que quand mon père était soigné, on avait dit à ma grand-mère de ne pas s'en mêler. D'ailleurs, elle ne savait même pas ce qui se passait dans son cas. Il s'est suicidé huit heures après avoir obtenu son congé de l'hôpital, mais elle n'a même pas su qu'il en était sorti.

I was fortunate to benefit from the PEPP program, which offers a diverse range of services, including social development groups, employment counselling and a peer-led support group. Clients coming out of this program are, in my experience, a lot healthier and more productive — and I say “in my experience,” because I ran a youth group there for two years. In recognition of the healthy clients it produces, it hires them to speak publicly about their experiences in the community, and I was one of the first people PEPP hired. Dr. Malla recommended me for this job.

I have had the privilege to share my experiences and news of enduring good health with students, nurses, doctors, and all kinds of community organizations. I am here today not as a representative of PEPP specifically but to represent everybody who has benefited from early intervention programs, and for those who have not been able to enjoy the advantages early intervention has to offer.

I will now talk about my recommendations. I have read the committee's third report — *Mental Health, Mental Illness and Addiction: Issues and Options for Canada — Interim Report of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, Report 3* — and I recommend increased access to early intervention programming. Section 1.4 of chapter 1 is entitled “Early Detection and Intervention.” I believe that it is the federal government's responsibility to set standards for acute care, in addition to standards for ongoing treatment. To my knowledge, there are currently no best practice guidelines in the mental health arena. It is my belief that standardizing care practices and instituting accountability measures will ensure that more people have access to current treatments and that fewer people will fall through the cracks.

Section 2.1 addresses the needs of children and adolescents. It speaks particularly of introducing a mental health program into the schools. In the case of psychiatric disability like schizophrenia and psychosis, I do not think this is a good idea — the needs of these clients are very complex. However, I do believe that counselling and referral services should be provided and that the educators and counsellors should be kept up-to-date with respect to local treatment options. I do believe that developmental disorders like autism require special consideration.

Section 4.1 addresses stigma and discrimination, which I have learned a lot about. A point I find particularly relevant is that, regarding the mental health ambassadors, I have spoken to a diverse range of individuals and groups regarding my illness. Because I am healthy, fairly articulate and approachable, people are generally more receptive to learning about the disease, and I try to shatter those barriers of stigma that people often have.

Moi, j'ai eu de la chance de bénéficier du programme PPPIP qui offre tout un éventail de services, notamment des groupes de développement social, des groupes de counselling en matière d'emploi et des groupes de soutien par les pairs. D'après ce que j'ai constaté, les clients qui sortent de ce programme sont beaucoup plus sains et beaucoup plus productifs — je vous parle de ce que j'ai constaté, parce que j'ai fréquenté un groupe de jeunes là-bas pendant deux ans. À titre de retour d'ascenseur pour les bons résultats obtenus, le PPPIB demande aux jeunes de prendre publiquement la parole pour parler de leur vécu au sein de la communauté et j'ai été l'une des premières personnes retenue à ce titre. C'est le Dr Malla qui m'a recommandée pour faire ce travail.

J'ai eu le privilège de faire part de mon vécu et d'annoncer que j'étais toujours en bonne santé à des étudiants, à des infirmiers et infirmières et à des représentants de différentes organisations communautaires. Je ne me présente pas devant vous aujourd'hui spécifiquement en tant que porte-parole du PPPIP, mais plutôt pour représenter tous ceux et toutes celles qui ont bénéficié de programmes d'intervention précoce, à l'intention des autres, de ceux qui n'ont pas profité de ce que ce genre de programme a à offrir.

Je vais maintenant vous parler de mes recommandations. J'ai lu le troisième rapport du comité intitulé *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Problèmes et options pour le Canada — Rapport provisoire du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, rapport 3*, et je recommande que l'on améliore l'accès aux programmes d'intervention précoce. Section 1.4 du chapitre 1, intitulée « Dépistage et intervention précoce ». Je crois qu'il incombe au gouvernement fédéral d'énoncer les normes en matière de soins aigus, en plus des normes de traitement à long terme. À ma connaissance, il n'existe actuellement aucune ligne directrice pour des pratiques exemplaires dans le domaine de la santé mentale. J'estime que la normalisation des pratiques de soin et l'établissement de mesure de responsabilité permettraient de s'assurer que plus de gens ont accès aux traitements actuels et que moins de malades soient oubliés.

La section 2.1 traite des besoins des enfants et des adolescents. Il y est plus particulièrement question d'adopter un programme de santé mentale dans les écoles. Dans le cas d'une incapacité de nature psychiatrique, comme la schizophrénie ou la psychose, je ne pense pas que ce soit une bonne idée, parce que les besoins de ces clients sont très complexes. Je pense, toutefois, que des services de counselling et de référence pourraient être offerts et qu'éducateurs et conseillers devraient être tenus au courant des possibilités offertes en matière de traitement local. Je crois que des troubles du développement, comme l'autisme, méritent une attention particulière.

La section 4.1 traite de la stigmatisation et de la discrimination à propos desquelles j'ai beaucoup appris. Ce que je trouve de particulièrement pertinent, c'est qu'en ma qualité d'ambassadrice de la santé mentale, je me suis entretenue avec toute une diversité de personnes et de groupes au sujet de ma maladie. Comme je suis saine, que je m'exprime bien et que l'on peut m'approcher, les gens sont généralement plus réceptifs pour en apprendre au sujet

Hence, I strongly recommend implementing a mental health ambassadors program that is not volunteer-based. I believe this should be a paid position and this program would eliminate some of the stigma I think that a lot of people with mental illness have to endure.

The Chairman: Before going to Phyllis, I have one quick question. What is a psychometrist?

Ms. Marttinen: A psychometrist does cognitive testing and measures cognitive functioning.

Ms. Phyllis Grant-Parker, as an individual: Today, I am going to speak to you as a parent based on my own experience and also that of so many families that I have met over the last three years.

Our family has suffered the pain of facing a system that failed and did not provide early intervention, but we have also known the relief and the joy of being part of one that did. I am going to be able to talk to you from both sides, and I will talk to you mainly from a family perspective.

When you watch the impact on your child of a psychotic break and you learn that he or she has a serious mental illness, one that they are going to have to learn to manage for the rest of their lives, it is devastating as a parent, absolutely devastating. When you face the reality that there is basically no treatment that you can find for your child, it just becomes totally unbearable.

Our son's illness presented when he was 16 years of age, in grade 11. Like so many other families, we faced many barriers just trying to find him treatment to support his recovery and managing to keep ourselves well and to keep our family intact. With luck, mixed with a large dose of tenacity and the sheer willpower to keep fighting for what our son needed, we were able to survive. However, there were many times during his three-year journey to recovery that we were really fearful that he would not survive and that we would not have the strength to see him through it.

One of the most stressful issues that a family faces is just in securing treatment. In our case, we were turned away or our son was turned away four times from emergency. On the fourth — three times. On the fourth time, he was taken by ambulance — his second suicide attempt. We almost lost our son that night. Many of the triggers, the indicators, the early symptoms and signs were totally missed by professionals.

Another enormous stressor is fighting to be part of the treatment plan. At 16, our son was advised that he could refuse treatment. He had to proactively sign a form that would allow us as parents to be part of his recovery and allow the doctors to

de la maladie et j'essaie, personnellement, de battre les obstacles que constitue la stigmatisation que l'on rencontre souvent chez les gens. Je recommande donc très fortement de mettre en œuvre un programme des ambassadeurs en santé mentale qui ne fasse pas appel à des bénévoles. Je pense que ce genre de fonction devrait être rémunérée et que l'application de ce programme devrait permettre d'éliminer une partie des stigmates que doivent endurer une grande partie des gens souffrant de maladie mentale.

Le président : Avant de vous céder la parole, Phyllis, j'ai une question rapide à poser. Qu'est-ce qu'un psychométricien?

Mme Marttinen : C'est quelqu'un qui dispense des tests cognitifs et qui mesure le fonctionnement cognitif.

Mme Phyllis Grant-Parker, témoignage à titre personnel : Je me propose de vous parler en qualité de mère, d'après l'expérience que j'ai vécue et au nom des familles que j'ai rencontré au cours des trois dernières années.

Notre famille a souffert à cause d'un système qui n'a pas fonctionné parce qu'il n'a pas su nous offrir un service d'intervention précoce, mais d'un autre côté, nous connaissons le soulagement et la joie de faire partie d'un système qui, lui, offre ce genre de services. Je vous parlerai donc de ces deux cas, surtout du point de vue des familles.

Les parents qui constatent les ravages de la psychose chez leur enfant et qui découvrent qu'il est atteint d'une maladie mentale grave, avec laquelle ils devront vivre le reste de leur vie, sont dévastés, absolument dévastés. Et puis, quand vous vous apercevez qu'il n'existe quasiment pas de traitement pour votre enfant, la situation devient insoutenable.

La maladie de notre fils est apparue quand il avait 16 ans et qu'il était en 11^e année. À l'instar de nombreuses autres familles, nous nous sommes heurtés à de nombreuses barrières pour essayer de lui trouver un traitement qui lui permettrait de se rétablir et pour essayer de gérer nos vies et de maintenir notre famille intacte. Avec de la chance et une bonne dose de ténacité et de détermination résolue, nous n'avons jamais cessé de lutter pour obtenir ce dont notre fils avait besoin et nous sommes parvenus à survivre. Cependant, il nous est souvent arrivé, durant les trois années nécessaires à sa guérison, de craindre pour sa vie et d'avoir peur de ne pas trouver la force de l'accompagner jusqu'au bout.

L'une des situations les plus stressantes auxquelles sont confrontés les familles est l'obtention d'un traitement. Dans notre cas, on nous a renvoyé ou plus exactement on a renvoyé notre fils quatre fois de la salle d'urgence. La quatrième fois, il a été transporté en ambulance, à la suite de sa deuxième tentative de suicide. Nous l'avons presque perdu cette nuit-là. Les professionnels de la santé sont complètement passés à côté des premiers déclencheurs, des indicateurs, des premiers symptômes et signes.

L'autre facteur de stress très important est le fait qu'il faut se battre pour être intégré dans le plan de traitement. Mon fils devait signer un formulaire permettant à ses parents, c'est-à-dire nous, de participer à son rétablissement et autorisant les médecins à

speak with us. Our son was given his diagnosis of schizophrenia at the age of 16 without any parental support there for him.

When you are young and you have mental illness, it is like the system expects you to immediately be an independent adult. In Ottawa, where we live, we could not find him the necessary age-appropriate treatment. The Children's Hospital of Eastern Ontario — CHEO — had no program. The Ottawa First Episode Psychosis Clinic at the Ottawa Hospital had a six-month wait. As a result, my son was hospitalized in a tertiary care hospital housed with chronically ill adults and no rehabilitation program. It is a pretty bleak forecast for a teenager and for his family.

After countless hours of research on the Internet, we discovered the Whitby Mental Health Centre, and this is when the story turns bright. It is an adolescent rehab program, and we were lucky to have our son admitted because there are only seven beds to serve all of Ontario. This program offered a multidisciplinary team approach, with psychiatrists, social workers, youth workers, rec therapists. Families were encouraged to participate. In fact, it was essential that you did in order to have your child participate. We were assigned a social worker with weekly family meetings. Parents attended a 14-week educational series, and they provided a seamless transition for our son. When he turned 18, he was transferred to their similar program, the Young Adult program.

Hence, while we were very fortunate as a family to get access to this kind of support, it was at a tremendous family cost. It was a five-hour drive from Ottawa for us to see our son. The emotional impact of having him ill that far away was tremendous. Over the 14 months, we drove 49,000 kilometres, lost 50 per cent of our family income, closed a family business, and had \$29,000 worth of out-of-pocket expenses.

Therefore, based on our experience and the experience of many other families that I interface with, I recommend the following as the best ways to support caregivers for those suffering the onset of psychosis.

First, I strongly believe that we need a national policy on mental health care and early intervention psychosis that guarantees our rights to treatment and support. We need adequately funded early intervention programs or centres of excellence without wait periods and accessible to all Canadians. These need to be staffed by multidisciplinary teams that can offer world-class best practices and standards.

nous parler. On avait annoncé le diagnostic de schizophrénie à mon fils alors âgé de 16 ans sans qu'aucun de ses parents ne soit là pour lui.

On dirait que le système s'attend à ce qu'un jeune souffrant d'une maladie mentale devienne spontanément un adulte autonome. À Ottawa, où nous résidons, nous n'avons pas pu trouver de traitement approprié à son âge. L'Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario — HEEO — n'offre pas de programme du genre. La liste d'attente à la clinique de soins des premiers épisodes de psychose, à Ottawa, à l'Hôpital d'Ottawa, est de six mois. Ce faisant, mon fils a été hospitalisé dans un hôpital de soins tertiaires, parmi des adultes souffrant de maladie chronique et n'offrant pas de programme de réhabilitation. Tout cela donne peu d'espoir pour un adolescent et sa famille.

Après avoir passé des heures et des heures de recherche sur Internet, nous avons découvert le Centre de santé mentale de Whitby, et c'est là que les choses ont commencé à aller mieux. Le centre offre un programme de réhabilitation pour adolescents et nous avons eu de la chance que notre fils y soit admis, parce qu'il n'y a que sept cliniques qui sont réservées pour tout l'Ontario. Ce programme propose une approche multidisciplinaire, l'équipe soignante étant composée de psychiatres, de travailleurs sociaux, de travailleurs auprès des jeunes et d'autres thérapeutes. Les familles sont invitées à participer. D'ailleurs, c'est même essentiel si l'on veut que l'enfant soit accepté dans le programme. On nous a désigné un travailleur social qui tenait des réunions familiales mensuelles. Les parents prennent part à une série éducative de 14 semaines et les enfants sont pris en compte sans heurt. Quand notre fils a atteint l'âge de 18 ans, il a été transféré dans un programme semblable, le programme des jeunes adultes.

Ainsi, si nous avons eu de la chance de pouvoir accéder à ce genre de soutien, cela n'a pas été sans un coût énorme pour notre famille. Pour aller voir notre fils, nous devons conduire cinq heures à partir d'Ottawa. Le fait de le savoir malade et aussi loin de nous a eu de formidables répercussions émotives. Dans les 14 mois qu'il a passé là-bas, nous avons parcouru 49 000 kilomètres, perdu la moitié de notre revenu familial, fermé une entreprise familiale et dépensé 29 000 \$ de notre poche.

Ainsi, d'après ce que nous avons vécu et qu'ont vécu de nombreuses autres familles avec qui j'ai été en contact, voici certaines recommandations pour soutenir les aidants naturels qui connaissent les affres de la psychose.

Tout d'abord, j'estime que nous avons besoin d'une politique nationale de soins en santé mentale et d'un programme d'intervention précoce en cas de psychose qui garantisse nos droits à un traitement et à un appui. Il faut débloquer suffisamment de fonds pour les programmes d'intervention précoce ou pour des centres d'excellence, pour qu'il n'y ait pas de période d'attente et que ces services soient accessibles à tous les Canadiens. Les traitements doivent être offerts par des équipes multidisciplinaires en mesure d'appliquer des pratiques exemplaires et des normes de qualité internationale.

We need age-appropriate treatment for adolescents and young adults that includes psychosocial rehab, to strengthen their recovery and to educate them to manage their illness effectively. This will reduce the need for long-term parental care and learned dependency.

We need trained emergency services personnel who can identify the early warning symptoms. I find it odd that we would actually have emergency people who cannot identify this.

I agree with the committee's proposal of a national portal that provides access to information and services, because, quite frankly, without searching the Internet, we would never have found the help that we needed.

Each patient and family needs to be assigned a case manager to help them navigate the system and to develop an individualized patient-centred care plan, as was identified in your initial report.

I also recommend that each family have a social worker assigned to them who works with the family unit to help them cope with the impacts of the illness.

As far as increased support from the education system, I recommend that the provincial education ministries mandate increased education instruction for students and faculty on early detection and stigma and how to support a student who is in recovery.

For some people in the early stages of their treatment during a recovery, aggression and violence can be an issue, and many families face this. Some people, due to their home environment, whether it is real or imagined, just cannot stay at home during treatment. In these circumstances, to support caregivers, we need quality residential programs that provide patients with secure living while receiving treatment and during recovery.

We need mobile crisis teams that caregivers can call, as opposed to calling police as first-line response. I can tell you that it breaks a parent's heart to see their young child taken away in handcuffs in a police car. We need increased training to response by police and ambulance attendants, et cetera, to provide appropriate intervention.

We also need some sort of respite care for families who are dealing with their loved one at home.

One of your questions was this: Should caregivers be more involved and what kind of involvement should they have? I think it is essential that families be involved because we hold the benchmark of our family member. We know the person before

Nous avons besoin de traitements qui soient fonction de l'âge dans le cas des adolescents et des jeunes adultes, traitements qui comprennent la réadaptation psychosociale destinée à favoriser leur guérison et à éduquer les gens en vue d'une gestion efficace de la maladie. On réduira ainsi les soins nécessaires à long terme dispensés par les parents et la dépendance acquise.

Il faut pouvoir compter sur un personnel qualifié des services d'urgence en mesure de détecter très tôt les symptômes de la psychose. Il est étrange, selon moi, que l'on ne trouve pas dans les salles d'urgence un personnel en mesure de poser ce genre de diagnostic.

Je suis d'accord avec le portail national proposé par le comité, portail qui donnerait accès à tous les renseignements et à tous les services parce que, très franchement, si nous n'avions pas effectué de recherche sur Internet, nous n'aurions jamais pu trouver l'aide dont nous avons besoin.

Il faut assigner à chaque patient ou famille un gestionnaire de cas aidant les gens à naviguer à l'intérieur du système et à élaborer, en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire, un plan de soin individualisé axé sur le patient, ce qui est mentionné d'ailleurs dans votre premier rapport.

Je recommande également que l'on assigne à chaque famille un travailleur social afin de l'aider à comprendre la maladie et les répercussions qu'elle a sur la famille.

Il faut donner un meilleur appui dans le système d'enseignement et je recommande, à ce titre, que les ministères provinciaux de l'éducation imposent une instruction accrue pour les élèves et le corps professoral au sujet des symptômes, du dépistage rapide et de la façon d'obtenir de l'aide dans le cas d'un élève qui en a besoin.

La violence et l'agression peuvent être des problèmes chez certaines personnes qui en sont au premier stade de la maladie et du traitement, et ce sont les familles qui héritent du problème. D'autres, en raison du milieu familial, réel ou imaginé, ne peuvent pas demeurer à la maison pendant leur traitement. Dans ces circonstances, les aidants naturels ont besoin de plusieurs choses. D'abord, il leur faut pouvoir compter sur des programmes de qualité offerts dans des foyers afin que les patients disposent d'un milieu de vie sûr jusqu'à ce qu'ils soient guéris ou qu'ils reçoivent leur traitement.

Il faut pouvoir compter sur des équipes de soins mobiles, intervenant sur demande auprès des aidants, afin que ces derniers puissent faire appel à ces équipes plutôt qu'à la police. Laissez-moi vous dire, qu'il est déchirant pour un parent de voir son jeune enfant emmené menottes aux mains dans une autopatrouille. Il faut accroître la formation pour les responsables des interventions d'urgence, comme les policiers et les ambulanciers, afin de garantir une intervention adéquate.

Nous devons aussi offrir des soins de relève aux familles qui doivent, toutes seules, s'occuper de leurs proches à la maison.

Vous avez également demandé si les personnes soignantes doivent participer davantage aux soins et au traitement des personnes touchées. Eh bien, j'estime qu'il est essentiel que les familles participent aux soins parce qu'elles sont le point de

their illness, and this illness can, during the early treatment time, seriously change behaviours. The medical team only sees the sick person. Hence, we hold the benchmark, because true recovery is really to return a person to him or herself, to come back to who they were as close as possible. Therefore, parents and families need to be welcomed as part of the team, and we need a national or provincial ombudsman who can intervene on a family's behalf. Changes to the legislation are required, to allow greater family involvement and to make it easier for caregivers to access care, even when their family member may resist treatment.

One thing for sure — the age of consent for youth should be a minimum of 18, just as it is for any other illness. Why would we allow a 16 year old in the middle of a psychotic break to make his or her decisions without parental support?

Federal, provincial and regional governments also have to work together to develop consumer advisory committees. I also think that it would be a good consideration to have family members as part of those committees.

I think one of the things we face, particularly in Ontario, is that children's mental health falls under the Ministry of Children and Youth Services, as opposed to health care. As such, it is extremely cumbersome to have any seamless transition. I believe that even young adolescents, aged 14, say, who experience early psychosis, that at the onset of psychosis they be provided access to what are more considered the adult early intervention programs.

Dr. Ashok Malla, Head of Research, Douglas Research Hospital: Thank you for asking me to be part of this presentation, and particularly part of the two presentations that we have just heard.

I am a professor of psychiatry at McGill, and I hold a Canada Research Chair in Early Psychosis. However, before that, two years ago, I was working in London and actually was fortunate enough to be in a position to start the first early intervention program for psychoses in this country, and also fortunate enough to have persons like Tara to work with us after she got better, and her family.

To put this in some perspective, psychosis is just one example of some very serious mental disorders that we have to deal with in every population. There is not a single community on this earth that does not have to deal with mental illness.

What makes it particularly serious is that all of these disorders have their onset in adolescence, and they are lifelong in the sense that the vulnerability to these disorders never goes away. It is like having diabetes. You may be free of symptoms but you are not free of the illness. To put it in another perspective, when people present with the first onset of psychosis, most of the time they are hospitalized. They do not have to be if we have proper programs. Some of our own data that we have just finished collecting tells us that 30 per cent of people who come to hospital with their first

référence en ce qui concerne leurs membres. Elles connaissaient la personne avant que son comportement ne soit modifié par la maladie et elles sont le baromètre qui indique à quel point le traitement donne des résultats. L'équipe médicale, elle, ne connaît que le malade. Ainsi, les familles sont le point de référence parce que la véritable guérison consiste à ramener le malade à l'état dans lequel il était avant, ou du moins le plus près possible de cet état. Dès lors, il faut que les parents et les familles soient intégrés dans les équipes soignantes et il faut disposer d'un ombudsman national ou provincial qui interviendra pour le compte des familles. Il faut apporter des changements à la loi pour favoriser la participation des familles et pour permettre aux aidants naturels d'accéder plus facilement aux soins, même si le proche qui est malade résiste au traitement.

Une chose est sûre, l'âge de consentement minimum doit être de 18 ans, comme pour les autres maladies. Pourquoi permettre à un adolescent de 16 ans, en pleine crise psychotique, de prendre lui-même ses décisions sans bénéficier de l'appui d'un parent?

Par ailleurs, gouvernements fédéral, provinciaux et régionaux doivent travailler de concert à la mise sur pied de comités consultatifs de consommateur. J'ai toujours pensé que ces comités devraient comprendre des membres de famille.

En Ontario, plus particulièrement, les soins de santé mentale relèvent du ministère de la Famille et des Services sociaux, à la différence des autres soins de santé. Ce faisant, il est extrêmement difficile d'assurer une transition en douceur. J'estime que même les jeunes adolescents, de 14 ans par exemple, qui présentent des signes précoces de psychose, devraient pouvoir accéder à des programmes d'intervention précoce normalement destinés aux adultes.

Le Dr Ashok Malla, directeur de la recherche, Hôpital de recherche Douglas : Merci de m'avoir invité à prendre part à ce dialogue et surtout à entendre les deux exposés qui viennent juste de nous être donnés.

Je suis professeur de psychiatrie à McGill et je suis titulaire d'une chaire canadienne de recherche en psychose précoce. Avant cela, toutefois, il y a deux ans, je travaillais à London et j'ai eu la chance de prendre part au premier programme d'intervention précoce en cas de psychose au Canada et j'ai aussi eu la chance de pouvoir compter sur des gens comme Tara qui a travaillé à nos côtés quand elle est allée mieux, ainsi que des membres de sa famille.

Histoire de replacer le tout en contexte, sachez que la psychose n'est qu'un exemple des troubles mentaux très graves que nous rencontrons dans n'importe quelle population. La maladie mentale n'épargne aucun pays sur cette planète.

La raison pour laquelle ces troubles sont particulièrement graves, c'est qu'ils apparaissent à l'adolescence et qu'ils restent en arrière-plan pendant toute la vie, en ce sens que ceux qui en sont atteints demeurent toujours vulnérables. C'est un peu comme le diabète. Vous pouvez n'avoir aucun symptôme, mais la maladie n'est pas partie pour autant. On pourrait dire autrement que, la plupart du temps, les personnes présentant une première attaque de psychose sont hospitalisées. Ce ne serait pas nécessaire si nous avions des programmes adaptés. D'après certaines des données

onset of psychosis have already had some legal involvement. Most of it is minor legal involvement, but because they do not know how to negotiate the system, they got into a lot more trouble than they would otherwise. Fifteen per cent have already attempted suicide. Fifteen per cent have injuries sustained either through suicidal attempts or through violence from others and 15 per cent have shown some aggressive behaviour. These are all untreated people. On top of that, the average delay in treatment of psychosis is about one to two years. For depression it is eight years. For phobic and anxiety disorders it is 26 years. That gives you some flavour for where we are in recognition of early signs of mental illness.

As to specific comments about the report, of what has been said by Tara and Phyllis I fully support. I certainly cannot put it in any better words, but I will add a few things, both from my own experience and from the research that we have been doing over the last many years.

First of all, what Phyllis said, if you think about it, is really asking for the ordinary which our system has made extraordinary. People are simply asking for families to be involved in their loved one's care. There is nothing extraordinary about that, but the system generally rejects it.

I think the committee's report is absolutely correct in assuming that the mental health care system functions more from a provider's perspective than from a client or user's perspective. This is unacceptable and has to be changed. The changes that are necessary include somewhat of a complex but a necessary relationship that has to be formulated between community focus services, hospitals and academic centres, partly because the existing knowledge is more in the academic centres and hospitals and yet the services really have to be delivered from the community.

One of the most limiting factors for improvement is lack of proper training, and in all of the interventions I think one of the most unfortunate things is that we know so much more than what we use in treatment. The knowledge in treatment of mental disorders has really blossomed in the last 20 years, and I am not talking about just medication here. I am talking more about the non-medical interventions, and very few of them are used. About 10 per cent of patients actually receive proper family intervention — and yet there are at least 25 studies showing that family intervention reduces recurrence rates by 50 per cent.

Culturally appropriate services, item 1.2, is an essential element. I learned more about it since going to Montreal, because Montreal is much more of a multicultural, multiethnic society. We have areas where 44 per cent of the population of the

que nous venons juste de recueillir, 30 p. 100 des personnes qui se présentent à l'hôpital lors d'une première crise de psychose ont déjà eu des problèmes avec la loi. Dans la plupart des cas, il s'agit de problèmes mineurs, mais leurs problèmes s'aggravent parce qu'elles ne savent pas, au départ, comment se retrouver dans le système. Quinze pour cent de ces personnes ont déjà essayé de se suicider. Quinze pour cent ce sont blessés lors de ces tentatives de suicide ou de l'agression violente par quelqu'un d'autre et 15 p. 100 ont eu des comportements agressifs quelconque. Tous ces gens-là sont des personnes qui n'ont pas été traitées. Qui plus est, il faut attendre environ un an à deux ans pour bénéficier d'un traitement en cas de psychose. Pour les dépressions, c'est huit ans. Pour les phobies et les troubles d'anxiété, c'est 26 ans. Cela vous donne une idée de la situation dans laquelle nous nous trouvons quant à la reconnaissance des premiers symptômes de la maladie mentale.

Pour répondre à votre rapport, plus particulièrement, je suis entièrement d'accord avec ce qu'ont dit Tara et Phyllis. Je ne pourrai mieux l'exprimer qu'elles, mais j'ajouterais certaines choses, en fonction de mon expérience et en fonction des recherches que nous avons effectuées sur de nombreuses années.

Pour commencer par ce qu'a dit Phyllis, quand on y pense, elle ne fait que réclamer ce qui est ordinaire et que notre système a transformé en quelque chose d'extraordinaire. Les gens demandent simplement que les familles soient invitées à participer aux soins de l'être cher. Il n'y a rien d'extraordinaire à cela, mais en général le système le rejette.

Je trouve que le comité a tout à fait raison dans son rapport quand il suppose que le système de soins de santé mentale est beaucoup plus bâti selon le point de vue des fournisseurs de service que du point de vue des clients ou des utilisateurs. C'est inacceptable et il faut changer cette situation. Au nombre des changements qui s'imposent, il convient d'instaurer une relation, complexe mais nécessaire, entre les services communautaires, les hôpitaux et les centres universitaires, en partie parce que le savoir actuel est davantage concentré dans les centres universitaires et les hôpitaux, mais que les services sont vraiment offerts au niveau communautaire.

L'un des facteurs qui limite le plus les améliorations possibles est l'absence de formation adaptée et, dans toutes les interventions, je pense que la chose la plus malheureuse qui nous soit donné de constater, c'est de savoir qu'il existe beaucoup plus, en termes de traitement, que ce qui est proposé. Les connaissances dans le domaine du traitement des maladies mentales ont véritablement explosé au cours des 20 dernières années et je ne parle pas ici simplement de l'aspect thérapeutique. Je veux plutôt parler des interventions non médicalisées, qui ne sont que très peu utilisées. Environ 10 p. 100 des patients seulement bénéficient d'interventions familiales adaptées — pourtant, au moins 25 études montrent que les interventions en milieu familial réduisent de moitié des taux de rechute.

Des services adaptés culturellement, ce qui est votre point 1.2, sont essentiels. J'ai appris davantage à ce sujet depuis que je vais à Montréal qui est une ville particulièrement multiculturelle et multiethnique. Dans certains secteurs,

area were born outside the country. Culturally appropriate services must involve more than just translation or interpretation. It requires proper training of staff, flexibility and access to services, and ability for the system to simplify itself for the sake of culturally diverse populations.

Yesterday I was asked to see a young man who, unfortunately, does not meet criteria for our program, because it is not his first episode, but I saw him anyway. He is of Cambodian parents. He could hardly say one word. He was so acutely ill, and he had just been discharged from another hospital after spending seven days there. The father did not have a clue about how to negotiate the system. They had no medication. I happened to have some samples, so we provided him those. In addition, the family did not have the money to buy medication. The big gap in our health care system is that people have to buy their own medication.

Item number 1.4, early detection and intervention, we all have to admit that we do not know what causes mental illness nor do we know what causes the majority of medical disorders. What we do know, as much as we know about medical disorders, is about risk factors. We know some prominent risk factors of who is going to be at higher risk for mental disorders and who is not, especially for schizophrenia and manic depressive illness. We also know that delay in treatment of these disorders is detrimental to the welfare of the person, the family, and not only that, it does not bode well for their long-term outcome. The interesting thing is that the outcome you get with these disorders at the end of one year is what you are going to get at the end of 15 years, not much changes after that. So, most of the window of opportunity is the first couple of years.

We have reported, others have reported, delays of one to two years, as I said, and believe it or not that delay is not in people not going to seek treatment. That is a very small part of the delay. The larger part of the delay is the run-around they get after they seek treatment. On average, people seek treatment for one to two years and have contact four times with different health professionals before they get actual treatment.

What are the solutions? I would give you my opinion about some general solutions. I think we need generic mental health literacy programs, but not just about what is mental illness, what is schizophrenia, but about risk factors. Populations, especially high school teachers and students, need to be taught about what are these risk factors, who is at higher risk.

Measures for general improvement in the lives of those who are particularly at high risk I think have never been attempted seriously. I will give you some examples. These would include children of those who already have an established mental illness.

44 p. 100 de la population est d'origine étrangère. Des services adaptés culturellement doivent comporter beaucoup plus que des services de traduction ou d'interprétation. Il faut correctement former le personnel, assurer la souplesse et l'accès aux services et permettre au système d'être plus simple pour mieux servir des populations bigarrées.

Hier, on m'a demandé de voir un jeune homme qui, malheureusement, ne répondait pas au critère de notre programme parce qu'il n'en était pas à son premier épisode, mais je l'ai tout de même accueilli. Ses parents sont cambodgiens. Lui, parvenait à peine à articuler un mot parce qu'il était terriblement atteint. On venait juste de le libérer d'un autre hôpital où il avait passé sept jours. Le père n'avait aucune idée de la façon de négocier avec le système. On ne lui avait donné aucun médicament. Comme j'avais des échantillons du médicament dont il avait besoin, je le lui en ai donné. En outre, la famille n'avait pas d'argent pour acheter des médicaments. Le grand problème dans notre système de soins de santé, c'est que les gens doivent acheter leurs médicaments.

Section 1.4, le dépistage et l'intervention précoces. Nous devons tous reconnaître que nous ne connaissons pas ce qui cause la maladie mentale et nous ne connaissons pas non plus la cause de la plupart des troubles médicaux. Ce que nous savons, en revanche, ce sont les facteurs de risque. Nous savons qu'il existe des facteurs de risque qui nous permettent de déterminer qui coure le plus grand risque de subir des troubles mentaux un jour et qui peut en réchapper, surtout dans le cas de la schizophrénie et du trouble maniaco-dépressif. Nous savons également que les délais dans le traitement de ce genre de troubles portent atteinte au bien-être de la personne, à celui de la famille et, plus encore, qu'ils compliquent le pronostic à long terme. Ce qui est intéressant, avec ces troubles, c'est que le diagnostic à terme d'un an est le même qu'à terme de 15 ans et l'on ne peut pas changer grand-chose à cela. Ainsi, c'est dans les deux premières années que le créneau d'intervention est le plus favorable.

Nous-mêmes et d'autres avons signalé des délais de un à deux ans, comme je le disais, et vous me croyez si vous voulez, mais ces délais ne sont pas dus au fait que les gens ne réclament pas de traitement. Cette partie du délai est très faible en comparaison de l'autre, de celle qui est due aux vagues hésitations qui interviennent une fois le traitement réclamé. En moyenne, les gens réclament un traitement pendant un an à deux ans et prennent quatre contacts avec des professionnels de la santé avant d'obtenir gain de cause.

La solution? Je vais vous donner mon avis sur certaines solutions générales. Je pense que nous devrions adopter des programmes généraux d'initiation à la santé mentale, pas uniquement sur ce qu'est la maladie mentale, sur ce qu'est la schizophrénie, mais sur les facteurs de risque. La population, surtout les enseignants et les élèves du secondaire, doit savoir ce que sont ces facteurs de risque et pouvoir détecter qui présente les risques les plus élevés.

Je pense que l'on n'a jamais vraiment essayé d'appliquer des mesures d'amélioration de l'état de santé des personnes qui sont particulièrement à risque. Je vais vous donner quelques exemples. Je pense à des enfants chez qui la maladie mentale est établie. Eh

They are going to be at least 10 to 40 times at higher risk for those very mental disorders. People with lower socioeconomic status, people living in densely populated areas of urban cities, especially in the age period between 8 and 12, people of visible ethnic minorities, especially if they live in non-ethnic areas — it is now fairly well-established that they are at higher risk for mental disorders, serious mental disorders. Adolescents who are already at high risk for substance abuse — for example, cannabis, even moderate use of cannabis before the age of 15, increases your risk for schizophrenia by about three and a half times.

With respect to specific solutions, I think we should follow the example of National Health Service in England and Wales in establishing a national strategy for early intervention in psychoses. They have just dedicated 39 million pounds per year and established one large service per million unit of population, and following best practices. At a federal level, it would be important to fund several demonstration projects in early intervention in psychoses and other serious mental disorders with fully equipped funding for model service delivery, for evaluation and research, so that we can generate new knowledge and prepare the provinces for a negotiated strategy in this field. Unfortunately, knowledge in this area cannot necessarily be translated entirely from one country to another, because our health care systems are different.

We need specifically marked funding — this is very serious for research and early intervention in schizophrenia and manic depressive illness through bodies like the CIHR or, preferably, directly from Health Canada, but not through competition with biomedical research. The reason for that is that biomedical research is much further developed in its methodologies. Their methodologies are more simple and straightforward. I do that research as well and believe me it is so much easier for me to get a grant in neuro-imaging than it is to get a grant for early intervention.

We need to define a clear pathway for transfer of knowledge with appropriate training. For example, we need to do studies in early intervention where we involve primary health care, teach them how to recognize mental illness early and then see if we can actually transfer that knowledge generally.

School mental health programs — I would agree with Tara's statement that they are important, but we have to be very careful about what we introduce into the schools. They are generally very effective for certain types of problems, but they have to be guided and done in collaboration with academic mental health services.

bien, ces enfants-là présentent 10 à 40 fois plus de risques de développer ce genre de troubles mentaux. Ceux qui ont un statut socioéconomique inférieur, qui résident dans des régions densément peuplées, dans les grandes villes, surtout s'ils ont entre huit et 12 ans, qu'ils appartiennent à une minorité visible, surtout dans des secteurs à dominance caucasienne — il est maintenant établi que ces jeunes courent un grand risque de développer des troubles mentaux graves. Les adolescents qui sont déjà à risque à cause d'un problème de toxicomanie — par exemple parce qu'ils consomment du cannabis, même de façon modérée — avant qu'ils n'atteignent l'âge de 15 ans courent trois fois et demi plus de risques de présenter une schizophrénie.

Pour ce qui est des solutions, je crois que nous devrions suivre l'exemple du National Health Service en Angleterre et au pays de Galles et établir une stratégie nationale d'intervention précoce en matière de psychose. Les Britanniques ont consacré 39 millions de livres par an et ont ouvert d'importants services, un par million d'habitants, qui appliquent des pratiques des exemplaires. À l'échelon fédéral, il serait important de financer plusieurs projets de démonstration dans le domaine de l'intervention précoce en matière de psychose et de traitement d'autres troubles mentaux graves qui bénéficieraient d'un financement complet pour appliquer des modèles de prestation de services, pour évaluer les traitements et effectuer de la recherche, en sorte que nous puissions acquérir de nouvelles connaissances et préparer les provinces en vue de la mise en œuvre d'une stratégie négociée dans ce domaine. Malheureusement, les connaissances dans ce domaine ne sont pas entièrement transposables d'un pays à l'autre, parce que nos systèmes de santé sont différents.

Nous devons réserver des budgets, tout particulièrement dans le cas de la recherche et de la prévention précoce en ce qui concerne la schizophrénie et les troubles maniaco-dépressifs, par le biais d'organismes comme les IRSC ou, mieux encore, par l'intermédiaire de Santé Canada, mais pas en concurrence avec la recherche biomédicale. Si je dis cela, c'est que la recherche biomédicale est beaucoup plus avancée dans les méthodes qu'elle applique. Les méthodes sont plus simples et plus directes. J'effectue aussi ce genre de recherche et, croyez-moi, il m'est beaucoup plus facile d'obtenir une subvention pour la neuro-imagerie que pour l'intervention précoce.

Nous devons définir l'axe à suivre pour transférer les connaissances en dispensant une formation appropriée. Par exemple, il nous faut effectuer des études dans le domaine de l'intervention précoce, études auxquelles devra prendre part le secteur des soins primaires afin que nous puissions enseigner à ces gens-là comment reconnaître très tôt la maladie mentale et voir si nous pouvons ensuite transférer cette connaissance de façon générale.

Les programmes scolaires en santé mentale — je suis d'accord avec ce qu'a dit Tara, ils sont très importants, mais nous devons être très prudents quant à ce que nous allons couvrir dans les écoles. Le milieu de l'enseignement est généralement efficace pour certains types de problème, mais il faut guider les enseignants et le faire en collaboration avec les services de santé mentale universitaires.

In terms of 1.5, enhancing access, I think access should be open and flexible, maintaining systemic integrity only as far as it serves the needs of the clients and their families. Sometimes I think systems become very rigid and people fall through the cracks. For example, with respect to a low-incidence but very severe disorder such as schizophrenia, people should have direct access. They should not always have to go through a family doctor. If they feel they need access, they should at least have access to an assessment, and that assessment should be conducted in the least restrictive environment, not necessarily in a clinic. We have done this for many years, and I can tell you that it engages young people very quickly, rather than expecting them to come to your clinic or to your hospital.

Alternatives to hospital care in general I think should be reformulated and not simply made extensions of the old system whether they are in the community or in the hospital. For example, the idea of a day hospital I think is very appropriate — and I am sure some of my colleagues would disagree with me — for an older population but it is not appropriate for very young people. You will not get 17 and 18 year olds coming to a day hospital and sitting there all day. We need to think very differently about where we take their care to them, whether it is in the coffee shop, in school or at home.

I would recommend a study of the system that has been running for several years now in Birmingham, England, where an alternative hospital care for young people is not situated in some hospital or clinic but is in houses, in residential areas, where people who have graduated from these programs staff these places in conjunction with other trained staff. This is less stigmatizing. One of the incentives to do this in Birmingham was the very high population of East Indian people, who have about five or six times the rate of psychosis, and are very reluctant to seek services. This has really sorted out their problems. Their rate of involuntary admission has almost disappeared.

Children and adolescents need special attention, because most psychiatric disorders have their onset during this age or at least they show certain signs of these risk factors I talked about. However, separation of child/adolescent from adult services I think is artificial and it is counterproductive. While resources for this age group shall be protected at all costs, disorders with onset during adolescence must be treated within a system that is continuous, so that the expertise is available where the person needs care, as opposed to the person going for so X-number of years to this unit and then being transferred when they turn that magical age of 18 to another set of programs.

Last comment I want to make about stigma. It is needless to say that it is probably our greatest challenge and a great deal of research is needed before we can talk of effective intervention. In my opinion, there is little point in spending a lot more money in yet more service. I suggest that the study of an intervention to

S'agissant du point 1.5, l'amélioration de l'accès, je crois que nous devons faire preuve d'ouverture et de souplesse en ne maintenant l'intégrité du système que dans la mesure où celle-ci est garante des besoins des clients et de leurs familles. J'estime que les systèmes deviennent parfois très rigides au point que certains passent au travers les mailles du filet. Par exemple, dans le cas d'un trouble grave mais à faible incidence, comme la schizophrénie, il faudrait que les patients aient un accès direct au système. Ils ne devraient pas avoir à passer par un médecin de famille. S'ils jugent nécessaires d'accéder à un spécialiste, il faudrait au moins leur donner la possibilité de se faire évaluer, ce qui devrait se faire avec le moins de restrictions possibles, pas nécessairement dans une clinique. Nous faisons cela depuis de nombreuses années et je peux vous garantir que les jeunes gens y adhèrent tout de suite et nous obtenons de meilleurs résultats que s'ils devaient se rendre dans une clinique ou à l'hôpital.

Il faudrait, j'estime, reformuler les solutions de remplacement aux soins hospitaliers et pas simplement imaginer des prolongements des anciens systèmes, que ce soit en milieu communautaire ou dans les hôpitaux. Par exemple, l'idée d'un hôpital de jour est tout à fait valable — mais je suis sûr que certains de mes collègues ne seront pas d'accord avec moi — pour une population plus âgée, mais pas pour les jeunes. Vous n'arriverez pas à faire venir un jeune de 17 ou 18 ans dans un hôpital de jour où il devra attendre toute une journée. Il faut appréhender de façon différente la façon de nous occuper de ces jeunes, que ce soit dans un café, à l'école ou à domicile.

Je vous recommande de prendre connaissance d'une étude qui se déroule depuis plusieurs années maintenant, à Birmingham en Angleterre, où les centres de remplacement des hôpitaux pour les jeunes ne sont pas situés dans un hôpital ou une clinique mais au cœur des secteurs résidentiels et l'on y trouve d'anciens patients au côté d'un personnel formé. Cette formule est beaucoup moins stigmatisante. Si l'on a fait cela à Birmingham, c'est parce qu'on y trouve une très importante population qui vient de l'est de l'Inde, chez qui le taux de psychose est cinq à six fois supérieur et qui hésite pourtant à réclamer des soins. Eh bien, cette formule a réglé ce problème. Le taux d'admission involontaire est quasiment nul.

Les enfants et les adolescents doivent faire l'objet d'une attention toute particulière, parce que la plupart des troubles psychiatriques apparaissent à cet âge ou que l'on détecte, chez ces jeunes, certains des facteurs de risque dont je vous parlais. Cependant, la ségrégation entre service pour adolescents ou enfants et service pour adultes est artificielle, selon moi, et elle est contre-productive. Il convient à tout prix de protéger les ressources destinées à ce groupe d'âge car il faut traiter de façon suivie les troubles qui apparaissent à l'adolescence en sorte que l'on puisse compter sur les compétences nécessaires quand une personne a besoin d'être soignée plutôt que de lui faire passer X nombres d'années dans tel ou tel service puis de la transférer ailleurs quand elle atteint l'âge magique de 18 ans.

Pour terminer, je vais vous parler de la stigmatisation. Inutile de dire que c'est sans doute notre principal défi et qu'il faudrait effectuer énormément de recherche avant que nous puissions trouver une intervention efficace. Selon moi, il ne vaut pas vraiment la peine de consacrer beaucoup d'argent à offrir

reduce stigma should begin with the service providers. There is a great deal of stigmatizing behaviour, even unconscious stigmatizing behaviour among the service providers. For example, what Phyllis mentioned, leaving the families out, as if it has nothing to do with them. I always tell my students and my staff, "When you see a person who is going to be your patient, think how you are going to treat your brother, your daughter, your son. Just put yourself in that position and then start talking to them." The stigma campaigns and stigma research should really boil down to that level, that micro level of units.

We should try to deliver services and benefits in such a way that it retains the individual's capacity for independence, whatever that level of independence may be. We have a system where either we provide nothing or we give them this patient role for the rest of their lives and then make them dependent on what we have to provide them. This is a very delicate thing to do, but I think we have to attempt to do it — and you have an excellent example here of someone entirely independent and who has as good a future as I hope and I wish for my own children.

I would submit that we have one of the better mental health care centres in the world, but I think we have very far to go. I have seen mental health care systems in Japan, in Switzerland. I can tell you that ours is phenomenally better, but I think we need to do a lot more to make it truly, truly accessible to people who need it the most.

The Chairman: Thank you to all three of you.

What percentage of people who need it would get early intervention?

Dr. Malla: A very small percentage. There are a handful of early intervention programs currently in Canada. The early intervention movement really started in the mid-1990s — and actually started in Melbourne, Australia.

We started our program in 1997; it was one of the early programs. There is a lot to be worked out about what is early intervention. It is not simply providing treatment early. If we just simply bring forward the treatment we used to provide and provide it early, it is not early intervention. We need two things. We need an early intervention approach, which is a different approach to treating young people, taking into consideration their developmental needs — that they may recover completely. We have to keep that in mind. We also need to reduce this delay in treatment. So, it is kind of a two-pronged approach.

The Chairman: When you said that a very small number of people who need it get early intervention, are you talking 5 per cent to 10 per cent?

Dr. Malla: That would be optimistic.

davantage de services. Je recommande de commencer cette étude sur ce qu'il faut faire afin de réduire la stigmatisation chez les fournisseurs de services eux-mêmes. On trouve en effet chez eux énormément de comportements stigmatisant, même s'ils sont inconscients. Il y a, comme Phyllis le mentionnait, le fait de laisser les familles à l'écart, comme si elles n'avaient rien à faire là-dedans. Je dis toujours à mes étudiants et à mon personnel : « Quand vous voyez quelqu'un qui va être votre patient, imaginez-vous que vous allez traiter votre frère, votre sœur ou votre fils. Mettez-vous dans la position des membres de la famille et commencez à leur parler ». La campagne contre la stigmatisation et la recherche sur la stigmatisation doivent démarrer à cet échelon, à celui du service qui est au bas de l'échelle.

Dans la prestation de services, nous devrions chercher à faire en sorte que la personne traitée conserve une certaine capacité d'autonomie, quelle que soit cette autonomie. Dans notre système, soit nous ne faisons rien, soit nous confignons les gens à un rôle de patient, pour le reste de leur vie, et nous faisons en sorte qu'ils deviennent dépendants des services que nous leur offrons. C'est quelque chose de très délicat, mais je crois que nous devrions essayer de le faire — et vous avez ici un excellent exemple de quelqu'un qui est tout à fait autonome et qui a, j'espère, un excellent avenir que je souhaite moi-même pour mes enfants.

Nous avons l'un des meilleurs centres de santé mentale au monde, mais il nous reste encore beaucoup à faire. J'ai vu comment fonctionnent les réseaux de santé mentale au Japon et en Suisse. Je peux vous dire que le nôtre est incroyablement meilleur, mais je pense que nous devons faire davantage pour qu'il soit véritablement accessible aux gens qui en ont le plus besoin.

Le président : Merci à vous trois.

Répétez-moi quel pourcentage de personnes qui ont besoin d'une intervention précoce en bénéficient effectivement?

Le Dr Malla : Très peu. Il n'existe que très peu de programmes d'intervention précoce au Canada. Le mouvement sur ce plan a démarré au milieu des années 1990, à Melbourne, en Australie.

Pour notre part, nous avons lancé notre programme en 1997, et c'était l'un des tout premiers. Il y a encore beaucoup à faire sur le thème de l'intervention précoce. Il n'est pas simplement question de donner des traitements précoces, puisque le fait de dispenser un traitement plus tôt ne répond pas vraiment à la définition d'intervention précoce. Nous devons faire deux choses. En matière d'intervention précoce, nous devons adopter une approche différente qui consiste à traiter les jeunes, à tenir compte de leur besoin de développement, pour qu'ils puissent se rétablir complètement. Nous ne devons pas perdre cela de vue. Nous devons également réduire les délais de traitement. Il s'agit donc d'une approche sur deux fronts, en quelque sorte.

Le président : Quand vous dites que très peu de gens qui en ont besoin bénéficient d'une intervention précoce, parlez-vous de cinq à dix pour cent?

Le Dr Malla : Ce serait bien.

The Chairman: You talked about a stigma from people who actually work in the mental health field — to me, that is counterintuitive. One would assume that the group that most likely would have dealt with the issue of stigma and gotten rid of it were people working in the mental health system. I am surprised to hear anecdotally at least that people working in the mental health system have the same attitudes as the general population. That is counterintuitive, right.

Can you talk about a couple of examples, and Tara may well have had some too as a patient, that you ran into when you were dealing with people who were supposedly providing service to you?

Ms. Grant-Parker: A couple of examples quickly come to mind. One would be when we had to take our son back by ambulance when he had been hospitalized.

The Chairman: Back to Whitby.

Ms. Grant-Parker: No, no, before Whitby. We were still seeking treatment for him and he had a break. We had to take him by ambulance, and when we got there, we knew exactly what he needed because he was — I am sorry, he was currently being treated at Whitby; he was home for the weekend. We knew he needed a particular medication. The nurse was very upset at me, for pushing for this medication. I told her, “You need to realize that this particular medication for my son is the same as an inhaler or oxygen would be for someone with asthma who could not breathe.” Hence, just being able to get recognition of the severity would be desirable.

At CHEO, they have what parents in Ottawa refer to as the “funny little room.” When our children were brought in by ambulance, they would go into a particular room, so nobody else could see them. That room had a window. Now, for someone who is suffering from psychosis and may have delusional thoughts, to be placed in a room with a little window, where people watch you, and where every time there is an announcement it is heard in that room, that is not good.

However, being told in emergency — understand that most parents do not ever really even know what is happening. If you have never been to emergency before, and you know nothing about psychosis — and I had no idea what was happening. My son was starting to behave differently, and suddenly he did not want to talk to me, did not want me involved. I said innocently to the doctor, “I don’t know. I feel like there is something wrong with me or something.” He said, “Well, quite frankly, I think you are probably the problem.” It is hard for me to believe that in the year 2002 I would hear that remark from a doctor in a highly reputable facility.

The Chairman: That tells you a lot.

Le président : Vous avez parlé de la stigmatisation pratiquée par ceux-là même qui travaillent dans le domaine de la santé mentale, ce à quoi l’on n’aurait pas pensé a priori. On aurait, au contraire, imaginé que le groupe le plus susceptible d’avoir supprimé la stigmatisation était justement constitué de ceux et de celles qui travaillent dans le réseau de la santé mentale. Je suis surpris d’entendre dire que ces gens-là affichent les mêmes attitudes que la population en général. On ne s’y serait pas attendu, n’est-ce pas?

Pouvez-vous nous donner deux ou trois exemples, et peut-être que Tara qui a été patiente en aura elle-même, de personnes, censées offrir le service, qui sont tombées dans la stigmatisation?

Mme Grant-Parker : Très rapidement, il y en a deux qui me viennent à l’esprit. Il y a d’abord eu ce cas quand nous avons dû transporter notre fils par ambulance, quand il a fallu l’hospitaliser.

Le président : De retour à Whitby.

Mme Grant-Parker : Non, c’était avant Whitby. Nous cherchions encore à le faire traiter et il a eu une rechute. Nous avons dû le faire transporter en ambulance et, quand nous sommes arrivés à l’hôpital, nous savions exactement ce dont il avait besoin parce qu’il était — excusez-moi, il était en fait déjà traité à Whitby et il était venu passer la fin de semaine à la maison. Nous savions qu’il avait besoin d’un certain médicament. L’infirmière s’est énervée contre moi parce que j’insistais pour qu’on lui donne ce médicament. Je lui ai dit : « Vous devez vous rendre compte que ce médicament, pour mon fils, c’est la même chose qu’un inhalateur ou de l’oxygène pour quelqu’un qui souffre d’asthme et qui a de la difficulté à respirer ». Il serait donc bien que l’on reconnaisse ne serait-ce que la gravité des cas.

Au CEEO, il y a ce que les parents d’Ottawa appellent la salle aux mystères. Les enfants qui sont transportés par ambulance passent par une certaine salle et personne ne pouvait les voir. Cette pièce avait une petite fenêtre et pour quelqu’un qui souffre de psychose, qui peut délirer, le fait de se retrouver dans une salle qui a une petite fenêtre, par laquelle n’importe qui peut vous regarder et où vous pouvez entendre chaque fois qu’une annonce est faite, ce n’est pas l’idéal.

Quoi qu’il en soit, revenons-en à l’urgence. Vous devez comprendre que la plupart des parents ne savent pas vraiment ce qui se passe dans de telles situations. Si vous ne vous êtes jamais rendu à l’urgence avant, si vous ne savez rien des psychoses — et moi je n’avais aucune idée de ce qui m’arrivait. Mon fils avait commencé à se comporter de façon très différente puis, soudain, il s’est mis à ne plus vouloir me parler, à ne plus vouloir que je m’occupe de lui. J’ai innocemment déclaré au médecin : « Je ne sais pas, j’ai l’impression qu’il y a quelque chose qui ne va pas avec moi ou je ne sais pas. » Il m’a répondu : « Je pense que c’est sans doute vous le problème. » J’ai encore du mal à imaginer qu’en 2002 j’aurais pu entendre ce genre de remarque de la bouche d’un médecin dans un établissement de grande réputation.

Le président : Cela est révélateur.

Ms. Grant-Parker: The other place where there is great stigma is in the high schools themselves. My son was an honour student, junior athlete of the year for this high school, but when he became sick no teacher, no coach, no administrator ever, ever called to find out how he was. There has been no contact whatsoever. There are two places one can seek help from at that age, and one of those places is in the school. School is a huge community, and you look for help there, and you look for it in your medical staff.

The Chairman: Everybody ran for cover.

Ms. Grant-Parker: We are a little tenacious in our household, so I called the school and told them that I really did not think this had been a particularly cool thing. I told them that had my son been suffering from cancer, the school no doubt would have had a fundraiser and his room would have been filled with gifts. Instead, I said, my son has become persona non grata — nobody wants anything to do with him because of the stigma that goes with it. These were my son's friends. He has been in the process of having to make an entire new set of friends.

The Chairman: Tara, any comment you would like to make?

Ms. Marttinen: One of my first talks was with a group of nurses in the psyche ward at the London Health Sciences Centre. After I gave my talk, they were all coming up to me and saying, "Well, that was really interesting. You do stuff; you have a life. I only see you when you are ill. I did not know you have a life." The nurses do not understand or have a conception of who we are beyond our illness. It is important to have mental health ambassadors or young people, clients, visit with nurses and doctors, talk about their life when they are healthy, let the nurses and doctors see them when they are healthy, because then they would be able to personalize it a little bit more.

The Chairman: Even though the nurses you referred to are psychiatric nurses, they did not get that there was another you outside of the hospital.

Ms. Marttinen: No. They are desensitized; all they see is the illness. They treat the person as an irrational being, dependent and child-like, basically. I have never been in the hospital. I am really lucky. I never had to experience some of the stigma that can go on in the hospital. However, I have friends who have told me horror stories, just of things that have gone on with them — where doctors said inappropriate things in front of the them. It is really sad.

Senator Cordy: Tara, that goes to Phyllis's point of the family being involved and having the benchmark — treating the person. You are treating a person and it all becomes all-inclusive.

Mme Grant-Parker : L'autre lieu où la stigmatisation a énormément cours, c'est l'école secondaire. Mon fils était un élève très bien noté, il avait été athlète de l'année au secondaire, mais quand il est tombé malade, aucun enseignant, aucun entraîneur et aucun administrateur n'a jamais téléphoné pour savoir comment il allait. Personne de l'école n'a essayé de nous contacter. Il y a deux endroits où les jeunes de cet âge peuvent espérer obtenir de l'aide et l'un de ces endroits, c'est l'école. L'école est une énorme communauté et il faut pouvoir accéder à une aide là-bas, il faut pouvoir accéder à un personnel médical.

Le président : Tout le monde s'enfuit.

Mme Grant-Parker : Nous sommes plutôt tenaces chez nous et j'ai donc appelé l'école pour dire que, selon moi, les choses ne s'étaient pas particulièrement bien passées. J'ai déclaré que, si mon fils avait souffert d'un cancer, l'école aurait sans doute lancé une campagne de financement pour lui et les cadeaux se seraient empilés dans sa chambre. Mais voilà, ai-je ajouté, mon fils est devenu persona non grata, un individu avec qui plus personne ne veut avoir affaire, à cause du stigmate accroché à sa maladie. C'était pourtant les amis de mon fils. Il est en train de se faire un nouveau groupe d'amis.

Le président : Tara, voulez-vous dire quelque chose?

Mlle Marttinen : L'une des premières fois où j'ai pris la parole, c'était devant un groupe d'infirmiers et d'infirmières d'un service psychiatrique au Centre des sciences de la santé de London. Après mon exposé, tout le monde est venu me voir pour me dire : « C'était vraiment intéressant. Ainsi, tu fais des choses, tu as une vie. Je ne te vois que quand tu es malade et je ne savais pas que tu vivais d'autres choses ailleurs. » Les infirmières ne comprennent ou n'imaginent pas que nous avons une vie à part notre maladie. Il est important d'envoyer des ambassadeurs de la santé mentale ou des jeunes gens, des clients, visiter des médecins et des infirmiers et infirmières pour leur parler de ce qu'ils vivent quand ils ne sont pas malades, pour se montrer aux équipes soignantes quand ils sont en forme, afin de personnaliser davantage les patients.

Le président : Même si les infirmiers et infirmières dont vous parlez sont spécialisés en psychiatrie, ils ne sont pas conscients que vous avez une existence hors de l'hôpital.

Mlle Marttinen : Non. Ils sont désensibilisés; tout ce qu'ils voient, c'est la maladie. Ils traitent la personne comme s'il s'agissait d'un être irrationnel, dépendant, infantilisé. Moi, je n'ai jamais été hospitalisée et j'ai vraiment beaucoup de chance. Je n'ai jamais vécu l'expérience de la stigmatisation que l'on peut connaître en milieu hospitalier. D'un autre côté, j'ai des amis qui me racontent des histoires horribles, de choses qui leur sont arrivées, comme des propos déplacés tenus devant eux par des médecins. C'est vraiment triste.

Le sénateur Cordy : Tara, cela nous ramène à ce que disait Phyllis relativement à la nécessité de faire participer les familles parce qu'elles sont la référence dans le cas de la personne qui est traitée. Quand on traite une personne, il faut le faire de façon holistique.

I want to go back to early detection and intervention. Tara, you were fortunate, in that your mother knew somebody within the system so was able to get you information.

Phyllis, you have already told us that you are tenacious and you used the Internet and got information.

What about families that do not have access to the Internet, that do not have access to somebody within the system? How are they coping? Are they getting early intervention?

Dr. Malla: Maybe I can respond to that. I think the quick answer would be no, because we really do not have an early intervention strategy in any of the provinces. British Columbia may have come closest to it. When I was in Ontario, up until two years ago, we formed a working group and eventually persuaded the government to put some money into early intervention, which, unfortunately, came after I left so I did not get any benefit of that. However, it has come through, and hopefully it will be part of the policy that took about three years.

As we have all said, we need the kind of national strategy that Australia is looking at, the national strategy that the National Health Services in England has already started, and they are into their third year now. Right now, these are elite programs. I would be the first one to say that my program is an elite program. I started it. I went to Montreal. I was recruited there just to do that. Maybe the population that we serve has access to it, but people on the other side of Montreal do not have that access. Most of the country does not have access to these kinds of services.

It is not a simple thing to do, either. Early case detection is very complex. Early signs are easily mistaken as adolescent turmoil or sometimes simply brushed off as cannabis use. However, those of us who are working on the academic side of early intervention have now programs where we can teach people. The problem is funding. We are just starting a program in Montreal, working with CLSCs, which are our community health agencies and primary health care, but we have to practically beg for funds. We have a few donations here and there. You cannot get funds to do things like that. Some people do not really believe it is doable.

I had a comment that I do not mind sharing with you. I had a research grant recently rejected — which I am resubmitting. One of the comments from the reviewer was that you cannot do this because family doctors will never learn how to recognize psychosis because they are too busy. That was the major comment. Of course, we are not going to be successful in every case, but we have to try something different because nothing else is working.

Revenons-en à la question du dépistage et de l'intervention précoces. Tara, vous avez eu de la chance que votre mère connaisse quelqu'un dans le système et qu'elle a pu se renseigner.

Phyllis, vous nous avez dit que vous êtes tenace et que vous êtes servie de l'Internet pour trouver les informations.

Que se passerait-il dans le cas d'une famille qui n'aurait pas accès à Internet ou qui ne connaîtrait pas quelqu'un dans le système? Comment ces gens-là s'en sortent-ils? Est-ce qu'ils parviennent à obtenir des services d'intervention précoce?

Le Dr Malla : Je pourrais peut-être vous répondre en vous disant non. Aucune province au Canada ne dispose de stratégie d'intervention précoce. Celle qui est le plus près d'en avoir une est peut-être la Colombie-Britannique. Quand j'étais en Ontario, jusqu'à il y a deux ans, nous avons constitué un groupe de travail qui a fini par convaincre le gouvernement d'investir un peu d'argent dans l'intervention précoce, mais ce programme a été adopté après mon départ et je n'en ai donc pas profité. Quoi qu'il en soit, il a tout de même été adopté et nous espérons qu'il sera codifié sous la forme d'une politique que nous aurons attendue trois ans.

Comme nous l'avons tous indiqué, nous avons besoin d'une stratégie nationale comme celle envisagée en Australie, comme la stratégie nationale des National Health Services en Angleterre qui en est maintenant à sa troisième année. Pour l'instant, il s'agit-là de programmes d'élite. Je serais le premier à dire que mon programme est un programme d'élite. C'est moi qui l'ai lancé. Je suis allé à Montréal et j'ai été spécifiquement recruté pour cela. La population que nous servons peut avoir accès à ce programme, mais pas les gens qui habitent de l'autre côté de Montréal. En général, les Canadiens n'ont pas accès à ce genre de services.

D'un autre côté, ce n'est pas simple à lancer un tel programme. Le dépistage précoce est très complexe. On peut facilement interpréter les premiers signes comme étant caractéristique des tourments de l'adolescence ou comme étant simplement dus à une première consommation de cannabis. Toutefois, ceux d'entre nous qui travaillent dans le domaine de l'enseignement de l'intervention précoce offrent maintenant des programmes de formation. Le problème, c'est le financement. Nous venons tout juste de lancer un programme du genre à Montréal, en collaboration avec les CLSC, qui sont les centres locaux de soins communautaires, mais nous devons quasiment quémander pour obtenir des fonds. Nous recevons bien quelques donations ici et là. On ne parvient pas à obtenir des fonds pour ce genre de projet. Certains ne croient pas que c'est faisable.

J'ai récemment reçu un commentaire que je n'ai aucune hésitation à vous faire connaître. Récemment, on m'a refusé une subvention de recherche, que je suis en train de resoumettre d'ailleurs. Eh bien, l'un des examinateurs m'a dit que mon projet ne tenait pas debout, parce que les médecins de famille n'apprendraient jamais à reconnaître des psychoses par qu'ils sont trop occupés. C'était le principal commentaire que l'on m'a fait. Il est certain que l'on ne réussit pas dans tous les cas, mais au moins il faut essayer quelque chose de différent quand tout le reste a échoué.

For 55 per cent of these patients, their first contact is the family doctor. Only 5 per cent, and I am quoting you our own data, but this is actually a little bit better than data from France, only 5 per cent of them actually get into treatment the first time they make a visit. Most of the time they are missed, not because family doctors are not good but because separating out what could be adolescent crisis from psychosis is a highly specialized skill. As well, there are going to be false positives — and some physicians think it is a waste of an hour. However, in my opinion, it is a good use of an hour to say, no, you do not have a psychosis. That is the system we need, one where there is a capacity for immediate assessment.

If a mother calls and says, “I have a son who is 17 and I think he is agreeable today to see you,” and we respond, “We will see him in two weeks,” the chances are that in two weeks he will say, “I never said I will see you.” However, on that day, if we were to send somebody out, just have a little chat, nothing formal, just make that contact — that is the sort of system we need. I can tell you that it is not any more expensive than having hospital beds. We have just done a health economic study to show that, in fact, it is not just only cost-neutral, it is actually cost-effective.

Senator Cordy: In my past life I was an educator, an elementary school teacher, and I know that sometimes you would make a referral and it would be six months before a family could be seen, a family in crisis. I guess I am wondering how much educators are kept in the loop. You talked about the need to educate educators, so that they can pick up on things. Educators are at the front line; they are seeing a child for five hours a day.

I am wondering how much educators are kept in the loop about things that are happening. At times, it was very frustrating as an elementary school teacher, not to be given information that you needed in teaching the child as a whole person. Obviously, you were not going to stand on a street corner announcing information that you had gotten from a doctor or hospital, but it was almost suspect by psychologists or psychiatrists that you were only an educator and you could not deal with it. Is that still the case?

Dr. Malla: I think it is still largely the case, and I think there does need to be some change there as well, not only in our health care system but some sort of a dialogue between the health care and the education system. A lot of the school psychologists would have excellent training in dealing with psychological problems, but not really a good knowledge of serious mental disorders, the risk factors and early behaviours that are perhaps suggestive. Even if you knew that a particular child had some difficulties — I only mentioned four or five risk factors. That kind of knowledge would be helpful, and, later on, during high school, early adolescence, there may be a different level of knowledge that is necessary.

Pour 55 pour cent des patients psychotiques, le premier contact est le médecin de famille. Seuls 5 pour cent d'entre eux, et je cite ici vos propres données — c'est très peu, mais tout de même mieux que les données françaises — obtiendront un traitement après la première visite. La plupart du temps, on passe à côté du diagnostique, pas parce que le médecin de famille n'est pas bon, mais parce que pour faire la différence entre une crise d'adolescence et une psychose, il faut posséder des connaissances très spécialisées. Par ailleurs, il peut y avoir des résultats faux positifs et certains médecins estiment que cela leur fait perdre une heure. Cependant, selon moi, c'est une heure qui est payante quand on dit à quelqu'un qu'il n'a pas de psychose. Le système a donc besoin d'une capacité d'évaluation immédiate.

Quand une mère appelle pour dire que son fils de 17 ans est d'accord pour consulter le jour même et qu'on lui répond qu'on le recevra dans deux semaines, il y a de fortes chances que, deux semaines plus tard, il dise : « Je n'ai jamais été d'accord pour vous rencontrer ». Or, si le jour de l'appel téléphonique on pouvait envoyer quelqu'un pour s'entretenir un peu avec lui, pour prendre un premier contact qui n'est rien de formel, ce serait bien et c'est ce dont nous avons besoin dans le système. Je peux vous garantir que ce ne sera pas plus cher que d'ouvrir des lits d'hôpitaux. Nous venons de terminer une étude économique qui fait ressortir que les coûts sont neutres et que l'opération est même rentable.

Le sénateur Cordy : Dans mon incarnation antérieure, j'étais éducatrice, j'enseignais à l'élémentaire, et je sais que parfois on peut orienter un élève vers un médecin, mais que la famille en crise devra éventuellement attendre six mois avant de voir quelqu'un. Je me demande dans quelle mesure on intègre les éducateurs dans ce système. Vous avez dit qu'il fallait les éduquer, pour qu'ils puissent repérer certains signes. Les éducateurs sont en première ligne et ils voient les enfants cinq heures par jour.

Je me demande combien d'éducateurs sont tenus au courant au sujet de ce qui se passe. J'ai parfois été frustrée quand j'enseignais à l'élémentaire de ne pas recevoir l'information dont j'avais besoin pour donner un enseignement holistique aux enfants. Il est évident que nous n'allions pas diffuser aux quatre vents les informations que nous aurait communiqué un médecin ou l'hôpital, mais les psychologues et psychiatres se méfiaient presque de nous parce que nous n'étions que des enseignants et que nous ne pouvions pas nous occuper de cela. Est-ce encore le cas?

Le Dr Malla : Je crois que c'est encore largement le cas et je pense qu'il faut, là aussi, changer certaines choses, pas uniquement dans notre système de santé, mais parler biais d'un dialogue entre le secteur des soins et celui de l'enseignement. Beaucoup de psychologues scolaires ont reçu une excellente formation pour traiter des problèmes psychologiques, mais ils connaissent assez mal les troubles mentaux graves, les facteurs de risque et les comportements précoces qui permettent de se douter qu'on est en face d'un cas grave. Même quand on sait qu'un enfant a des difficultés — je ne vous ai parlé que de quatre ou cinq facteurs de risque. Eh bien, ce genre de connaissance peut être utile et, plus tard, au secondaire, dans les premières années de l'adolescence, il peut être nécessaire de recueillir d'autres renseignements sur cet enfant.

We ran a program in London where one of our senior clinicians rotated between all high schools, attending guidance counsel meetings. Each month, she would go to each of the schools — which is how we actually did a lot of the early identification. It was not a huge yield, but it attached a face to a name, so that when they called, they knew who to call. They do not have to actually reveal the child's name. They can simply say that they are seeing a particular kind of behaviour, and ask, "Should I be doing something or should I just watch it?" This advice is available all the time. However, if the two systems never have any connection with one another, it is not going to happen.

Senator Cordy: Tara, do you speak to young people in school settings? What is your role?

Ms. Marttinen: I have not actually spoken in schools yet. I have been asked to, but it just did not fit in with my schedule while I was at school at Western, so no.

London has a youth ambassador project where they have young people from high-risk groups taking counselling training to mentor other high-risk adolescents, and I spoke to them. I have spoken to smaller groups like that.

Senator Cordy: As we have said here, the stigma issue is very present in the adult population. Certainly, when you are a teenager, you do not want to be different than your peers. You want to fit in. How difficult is it for a young person, and you did it, but how difficult is it for a young teenager to step forward and say "I have a problem"?

Ms. Marttinen: It is really hard. I remember the first time I told somebody — I was very scared. How do you tell somebody, "I have lost my mental faculties"? In some way, you feel like a diminished person.

I made a point of telling my friends because them knowing was them being supportive towards me. That was part of my support group, I guess you could say, support network. However, I was so healthy — I never had a break with reality. I was never bizarre or irrational or anything like that. People took it fairly well coming from me, but I know people who had different behaviours who did not get as good of a reception as I did.

Senator Cordy: Have you thought about the easiest way for a young person to disclose to a trusted adult?

Ms. Marttinen: The easiest way to disclose to a trusted adult — I think anonymity is an important thing.

Senator Cordy: Sorry?

Ms. Marttinen: Anonymity. One of the fears is that everybody is going to find out. When somebody knows, everybody is going to know, and people are going to treat you differently. So, I think an important issue is to always have that as a part of it.

À London, nous avons administré un programme dans le cadre duquel notre clinicienne principale faisait le tour de toutes les écoles secondaires pour participer à des réunions de consultation d'orientation. Tous les mois, elle se rendait dans une école différente, ce qui nous a permis de faire beaucoup d'interventions précoces. Le rendement n'a pas été énorme, mais il nous a permis de mettre des visages sur des noms et, quand les écoles nous appelaient, nous savions de qui il s'agissait. En fait, les écoles n'ont pas donné le nom des enfants et elles peuvent simplement indiquer qu'elles ont constaté tel ou tel comportement chez lui et nous demander s'il y a lieu d'agir ou simplement de continuer à l'observer. Nous donnons ce genre de conseil en permanence. Cependant, si les deux systèmes ne sont pas en rapport l'un avec l'autre, rien ne se passera jamais.

Le sénateur Cordy : Tara, est-ce que vous prenez la parole devant des jeunes dans des écoles? C'est votre rôle?

Mlle Marttinen : Non, je n'ai pas encore pris la parole devant des jeunes dans des écoles. On me l'a demandé, mais je n'ai pas trouvé le temps d'y aller, pendant que je suivais mes études à Western.

London administre un projet de jeune ambassadeur. Des jeunes gens faisant partie de groupes à risque suivent une formation en consultation pour encadrer d'autres adolescents, eux-mêmes à risque, pour leur parler. J'ai déjà rencontré de petits groupes comme celui-là.

Le sénateur Cordy : Comme nous l'avons dit, la stigmatisation est très présente dans la population adulte. Quand on est adolescent, on ne veut certainement pas paraître différent de ses petits camarades. Ils veulent se fondre dans la masse. Est-ce difficile pour un jeune, je sais que vous, vous l'avez fait, mais est-ce difficile pour un adolescent de déclarer : « J'ai un problème »?

Mlle Marttinen : C'est très difficile. J'étais pétrifiée la première fois que je l'ai dit à quelqu'un. Comment, en effet, annoncer « J'ai perdu mes facultés mentales »? D'une certaine façon, vous avez l'impression d'être quelqu'un de diminué.

Moi, j'ai décidé de l'annoncer à mes amis, parce que s'ils le savaient, ils allaient pouvoir me soutenir. Ils faisaient partie de mon groupe de soutien et je pense que je pourrais parler de réseau de soutien. Toutefois, je suis toujours restée très en santé et je n'ai jamais eu d'accident, de pensée bizarre ou irrationnelle. Comme cela venait de moi, mon entourage l'a relativement bien pris mais je connais des gens qui, parce qu'ils avaient des comportements différents, n'ont pas eu la même qualité de réception.

Le sénateur Cordy : Avez-vous réfléchi à la façon la plus facile, pour une jeune personne, de se confier à adulte de confiance?

Mlle Marttinen : La façon la plus facile de se confier à un adulte de confiance? Je crois que l'anonymat est très important.

Le sénateur Cordy : Excusez-moi?

Mlle Marttinen : L'anonymat. On a peur que tout le monde soit au courant. Quand quelqu'un est au courant, tout le monde finit par le savoir et les gens vous traitent différemment. Je pense donc que c'est une dimension qui est toujours importante.

In schools, one of the reasons I do not think treating people in schools is ideal is that there is stigma associated with mental illness right now, and when you see one of your friends going into that door at the school, you run the risk of them being talked about and gossiped about in high school.

Senator Cordy: There is even a stigma in schools. It is okay when five, six and seven year old are going for extra academic help. However, as they get into the upper grades, there is a stigma attached to that. So, when you talk about a mental illness and going to the room or the door, you are absolutely right.

Ms. Marttinen: My mother called my principal after I was diagnosed and wanted to talk to him about it, and we sat down and had a chat with him and he said, "Okay. Everything is fine. I will let your teachers know and we will deal with this accordingly."

So, I went through high school. I was in grade 11 when I was diagnosed. I went through for three years, and when I came back to get a scholarship letter of recommendation written from a teacher, I said, "Will you write this recommendation for me. It's about mental health," and I just dropped it off. He called my house and he said, "Mental health, what is this?" I told him about my diagnosis. I asked him whether he knew. He said, "We were just told that you were having problems at home." I do not know what they thought the problem was, but they did not know I had a mental illness, and a very serious one. They would have treated me differently, I think, just having that knowledge. So, there is that stigma too.

Senator Cordy: Phyllis, if you look at the case of your son, top student, top athlete, these are the kids who are esteemed in high school — particularly, unfortunately, athletic before academic probably. You would think that that would be the perfect role model to portray mental illness as being something open, and yet that was not the situation with your son.

Ms. Grant-Parker: It is a Catch-22, because the only way we are going to break the stigma is having enough people like Tara come forward. However, there is such a risk — and Tara was lucky as she said because she did not actually have a break with reality. My son did and friends witnessed some of his behaviours that were very uncomfortable for them — nothing that was catastrophic, but just they were very uncomfortable with him.

As a parent, when people would ask me why he was in the hospital, what was the matter, I always had to be careful about what I said, how much I disclosed, so that he was not be stigmatized or discriminated against?

L'une des raisons pour lesquelles j'estime que l'école n'est pas le lieu idéal où traiter les gens, c'est à cause du stigmate actuellement associé à la maladie mentale. Quand un élève franchit une certaine porte à l'école, il risque de faire l'objet de ragots.

Le sénateur Cordy : La stigmatisation est même présente dans le domaine scolaire. C'est très bien, quand on cinq, six ou sept ans de demander une aide dans ses études. Toutefois, dans les classes supérieures, ce genre de demande est stigmatisé. Ainsi, quand on parle de maladie mentale et que l'on va dans une certaine pièce ou que l'on franchit une certaine porte, c'est vrai, c'est ce qui se produit.

Mlle Marttinen : Ma mère a appelé mon directeur d'école après que j'ai été diagnostiquée, parce qu'elle voulait le lui en parler. Nous nous sommes tous assis ensemble pour lui faire part de la nouvelle et il a déclaré : « C'est parfait. Tout va très bien. Je communiquerai l'information à tes professeurs et ils réagiront en conséquence. »

J'ai donc fini mon secondaire. J'étais en onzième quand j'ai été diagnostiquée. J'ai continué trois ans et après, je suis revenue pour demander à un enseignant de m'écrire une lettre de recommandation pour une bourse. Je lui ai dit « Pouvez-vous m'écrire cette lettre de recommandation? C'est au sujet de la santé mentale », et je suis partie. Il a appelé chez moi et il a dit : « La santé mentale, qu'est-ce que c'est? » En réponse, je lui ai parlé de mon diagnostic. Je lui ai demandé s'il était au courant. Il m'a dit qu'on venait juste de lui apprendre que j'avais des problèmes chez moi. Je ne sais pas de quels problèmes il voulait parler, mais il n'était pas au courant que j'étais atteinte d'une grave maladie mentale. Je pense que s'il l'avait su, il m'aurait traitée différemment. Cela aussi, c'est de la stigmatisation.

Le sénateur Cordy : Phyllis, quand on prend le cas de votre fils, il s'agissait d'un bon élève, d'un excellent athlète et il faisait donc partie de ces enfants qui sont très estimés au secondaire — plus particulièrement ceux qui sont dans les sports, ce qui est sans doute malheureux parce que cela passe avant les résultats scolaires. On aurait pensé qu'il aurait été le modèle parfait pour expliquer qu'il n'y a rien de mal avec la maladie mentale, mais ce n'était pourtant pas la situation dans laquelle se trouvait votre fils.

Mme Grant-Parker : C'est un dilemme, parce que la seule façon de briser la stigmatisation, c'est de pouvoir compter sur suffisamment de gens comme Tara. Cependant, le risque est très grand pour ces gens-là — et Tara a eu de la chance parce que, comme elle le disait, elle n'a jamais eu de crise. Mon fils en a eu et ses amis ont été témoins de ses comportements, ce qui les a mis très mal à l'aise — ce n'était rien de catastrophique, mais ils n'étaient pas à l'aise avec mon fils.

Moi qui suis sa mère, quand on me demande pourquoi il a été hospitalisé, ce qui ne va avec lui, je suis toujours très prudente dans mes réponses, dans la façon dont j'annonce la chose, pour qu'il ne soit plus stigmatisé ou qu'il ne fasse plus l'objet de discrimination.

We have a good program in Ottawa, Parents' Lifelines of Eastern Ontario — PLEO. It is a parents' organization, where we support families with youth with mental illness. Our executive director and her son, Justin, who is 20, along with a psychiatrist from the Royal Ottawa present in high schools, and they get tremendous response. It does work when you do it. In fact, one day, one of the students at Glebe High School said to Justin — she was about to ask him a question — “Before I ask you the question, I have to tell you that you are so brave. I am so impressed that you would be so brave to come and talk to us today.”

So, it is making an impact, but the risk is so high for that young person. I have asked Justin's mom, not him, whether he has had an impact, and she said, “As far as we are concerned, as far as he is concerned, this is an illness like any other illness. That is what it is, and so we treat it no differently.” That is why you want to share information. However, there is no doubt that it is a difficult thing to do. Not knowing how that information will be used and where it will carry forward, whether it will affect somebody's ability to get a job or whatever — those are the unknown risks.

Senator Keon: Thank you very much all three of you for coming in and educating us in this area.

I will start with you, Phyllis. We are wrestling with how we could structure this so that people can have access to community services or to mental health services through community facilities probably associated with primary care and home care and so forth. However, had there been a program in the community that you could have plugged into — similar to what Tara had — would this have made a big difference in the way your son was managed?

Ms. Grant-Parker: Huge. That is what we wanted. Having to take our son to another city to get treatment had huge implications, even just his integration. Integrating from hospital back into the community to start with is a hurdle. When the hospital has been your home, and you have been out of touch with what has been going on in your community, that is big.

We do have a program such as the one in London, but it is underfunded. So, we did not have the ability.

I attend a lot of meetings to advocate for funding for health. It is interesting — I always think of my hospital, any one of them, as part of my community. I am always sitting in meetings where we talk community versus hospital, as though they are two separate things. In fact, we called London. We tried to get our son into that program, but he was outside the catchment area; neither were we able to get him into the Hamilton.

Nous avons un excellent programme à Ottawa qui s'appelle Parents' Lifelines of Eastern Ontario — PLEO. Il s'agit d'un organisme de parents qui apporte un soutien aux familles dont les enfants souffrent de maladie mentale. Notre directrice générale et son fils, Justin, qui a 20 ans, de même qu'un psychiatre de l'Hôpital Royal Ottawa font la tournée des écoles secondaires et obtiennent d'excellentes réactions. Cette formule donne des résultats. D'ailleurs, un jour, l'une des élèves de l'École secondaire Glebe a déclaré à Justin — elle lui posait en fait une question — « Avant que je te pose ma question, je dois te dire que je te trouve très courageux. Je suis très impressionnée que tu aies eu le courage de venir nous parler aujourd'hui. »

Ainsi, ce genre d'entreprise donne des résultats, mais les jeunes qui y participent courent un grand risque. J'ai demandé à la mère de Justin, pas à lui, quelle répercussion cela avait eu sur lui et elle m'a dit : « En ce qui nous concerne et en ce qui le concerne, il s'agit d'une maladie comme n'importe quelle autre. C'est comme ça et pas autrement. » C'est pour cela que l'on veut dire les choses. Cependant, il est indéniable que c'est difficile à faire. On ne sait pas comment l'information communiquée va être utilisée et où elle va se retrouver, si elle ne va pas un jour empêcher l'intéressé d'obtenir un emploi ou que sais-je encore — tous les risques ne sont pas connus.

Le sénateur Keon : Merci beaucoup à vous trois pour vous être déplacés et nous avoir éclairés dans ce domaine.

Je vais commencer par vous, Phyllis. Nous cherchons à déterminer comment structurer tout cela pour permettre un accès à des services communautaires ou à des services de santé mentale qui seraient associés à des établissements communautaires, sans doute à des soins primaires, à des soins à domicile ou autres. À votre connaissance, existe-t-il des programmes communautaires auxquels vous auriez pu vous adresser — semblables à celui vers lequel Tara s'est tourné — et cela aurait-il grandement changé les choses dans la façon dont la maladie de votre fils a été gérée?

Mme Grant-Parker : Énormément! C'est ce que nous voulions. Le fait d'avoir voulu faire traiter notre fils dans une autre ville a eu d'énormes répercussions, ne serait-ce que son intégration. Pour commencer, l'intégration dans la société, à la sortie de l'hôpital, est un obstacle de taille. En revanche, si le traitement est offert à domicile, si l'on est resté en contact avec la collectivité, c'est merveilleux.

Nous avons un programme comme celui qui est offert à London, mais il est sous-financé. Ainsi, nous n'avons pas de capacité sur place.

J'ai participé à plusieurs réunions pour réclamer le financement de la santé. C'est intéressant — j'ai toujours pensé que mon hôpital fait partie de la collectivité. Je me retrouve toujours dans des réunions où l'on fait une opposition entre les services communautaires et les services hospitaliers, comme s'il s'agissait de deux choses différentes. Nous avons appelé London. Nous avons essayé de faire inscrire notre fils dans ce programme, mais nous étions trop loin et nous n'avons pas, non plus, réussi à le faire inscrire Hamilton.

Senator Keon: Dr. Malla, I am familiar with the overall medical literature but not the psychiatric literature. We have certainly never drilled down through it, but the overwhelming attitude, at least from an editorial point of view, seems to be that early intervention is the key to everything in this discipline in mental health, particularly for the young patients, but there can be no early intervention if we do not have access centres, right?

Dr. Malla: Absolutely.

Senator Keon: I was quite intrigued with what you had to say about the way you see the universe unfolding — and there is no question that what you are doing is highly successful. However, the community at large, the large population, would not have access to what you are talking about as far as I can see.

We are grappling right now with how we can integrate mental health services across Canada, provide a model and a strategic plan that would integrate mental health services, from the worst-case scenario, forensic services, right down through the hospital services into the community services, but with continuity and particularly with open access at the bottom end and, of course, follow-up through the bottom end. How do you see that?

Dr. Malla: Obviously, the first thing is that mental disorders are extremely heterogeneous. There is a hierarchy of needs even within specific disorders. Any system has to come to grips with that. There may be a good proportion of what are classified as mental disorders that may, in fact, require very minimal intervention, at least minimum specialist intervention. We are talking about anxiety disorders and moderate depression, for example, which are ideally dealt with within the primary health care centre. In many cases, you do not even need a physician to do it; you need staff that are trained, who know exactly what works with this population.

Then you have another layer of services that are for first-onset serious mental disorders — and that is what I think a lot of what we have been talking about today has been, that is, that first onset of a serious mental disorder, where the long-term consequences of not providing the best possible treatment as early as possible are enormous. I keep coming back to the National Health Service in England. That service has taken it upon themselves to organize not just a strategy but also to put dollars into services where it is clearly defined what the standards are going to be. We may have to do that disorder by disorder, not that there is not some overlap. Of course, there is overlap. There are complexities in human behaviour.

The stigma part, although it is an overarching thing, is too complex to be dealt with in one strategy. Providing early treatment and getting people better in itself is likely to be

Le sénateur Keon : Dr Malla, je connais bien la documentation médicale, mais pas la documentation psychiatrique. Nous n'avons certainement jamais assez fouillé la question, mais j'ai l'impression qu'en règle générale, du moins pour ce qui est de la documentation disponible, l'intervention précoce est déterminante dans la discipline de la santé mentale, surtout pour les jeunes patients, mais qu'il est pas possible de la pratiquer parce que nous n'avons pas de centre d'accès. C'est cela?

Le Dr Malla : Tout à fait.

Le sénateur Keon : J'ai été intrigué de ce que vous nous avez dit sur la façon dont vous envisagez l'avenir — il ne fait aucun doute que vous avez réussi dans ce que vous faites. Cependant, la population en général n'a pas accès à ce dont vous parlez, d'après ce que je constate.

Nous sommes en train de nous demander comment nous allons parvenir à intégrer les services de santé mentale offerts au Canada, comment nous allons parvenir à un modèle et à un plan stratégique qui permettront d'intégrer les services de santé mentale, en partant de la pire des situations, c'est-à-dire les services psychiatriques légistes, jusqu'au meilleur des cas, c'est-à-dire les services hospitaliers offerts au sein de la communauté. Il est évident que nous devons assurer une certaine continuité et, surtout, garantir un accès à la base, un suivi étant assuré à partir de là. Comment envisagez-vous la chose?

Le Dr Malla : Évidemment, le premier facteur est que les troubles mentaux sont extrêmement hétérogènes. Il y a une hiérarchie des besoins, même au sein de catégories de troubles spécifiques. On doit en tenir compte avec n'importe quel système. Il se peut qu'une bonne proportion de ce qu'on appelle des troubles mentaux n'exige en fait qu'une intervention minime, ou n'exige en tout cas qu'une intervention spécialisée. Je songe ici aux troubles anxieux et à la dépression moyenne, par exemple, qui se prêtent idéalement au traitement dans un centre de soins primaires. Dans bien des cas, on n'a même pas besoin de faire appel à un médecin; il faut du personnel formé, sachant exactement ce qui marche avec cette population.

Il existe ensuite un autre palier de services destinés aux troubles mentaux graves de première apparition — et je pense que c'est essentiellement de cela que parlons aujourd'hui, c'est-à-dire la première apparition d'un trouble mental grave qui, s'il ne bénéficie pas du meilleur traitement possible, le plus tôt possible, peut avoir des conséquences énormes à longue échéance. Je reviens sans cesse au National Health Service en Angleterre. Ce service a pris l'initiative non seulement d'élaborer une stratégie mais également d'investir dans des services pour lesquels on a défini des normes très claires. C'est peut-être ce que nous devons faire, pour chaque catégorie de troubles, en sachant qu'il peut y avoir des chevauchements. Le comportement humain est très complexe.

Le facteur de stigmatisation, bien qu'il soit très général, est trop complexe pour être réglé au moyen d'une stratégie unique. Offrir un traitement précoce et permettre aux gens d'aller mieux

destigmatizing, because if people do not look odd, nobody is going to know there is anything different about them.

On one hand, I can see that you have a huge task of making suggestions or making an overall plan for the country, that where mental health services are integrated they are uniform. At the same time, you may have to think about some need for hierarchy of the disorders and the needs.

For example, if an individual who has schizophrenia has two parents entirely interested in him or her, all you need to do is provide them with the medical interventions and get the families involved to start with. There is not a lot more that particular patient is going to need, as opposed to someone who has only one parent and that parent also has a mental illness. The second person is going to need an entirely different level of services. So, we have to create a system that may be uniform from the outside but on the inside it has to take into consideration these things.

Just as an aside, we have just published a paper where we have shown that family and social support turn out to be the best predictor of re-hospitalization over the subsequent three years — and this is not new news to families. However, there are young people who do not have supportive families. So, we need to create an entirely different level of service for them.

I apologize if my answer to your question is complex, but the problem is complex as well. I think a lot of the burden on forensic services is actually as a result of services not being provided through the regular system.

Senator Keon: Tara, if you had to visit a clinic regularly, would you prefer a sign over the door that said “Community Mental Health Services” or would you prefer a sign over the door that said “Community Health and Social Services”?

Ms. Marttinen: Probably “Community Mental Health Services” — hopefully you would be calling it what it is.

Senator Keon: You are at the stage now, I imagine, where it does not bother you to say good-bye to your friend on the street, and say, “I have got to go in here for an appointment.” You have gone beyond that.

Ms. Marttinen: I am a little bit beyond that, I think. You know, some people may have an issue with that but it is, you know what, in practical purposes, it identifies what the facility is, and I think — I hope that we all reach a point in dealing with mental illness that we can come to accept everybody and accept that we have these issues and problems. It is not really problems. They are issues, you know. I cannot fairly answer that because I have worked myself in a new position where I am comfortable with this and I do not know how somebody else would feel about that. They might feel a little differently than I would — and

contribue en soi à la déstigmatisation car, quand les gens ne paraissent pas étranges, personne ne peut savoir qu'ils sont différents.

Il est clair que vous aurez un travail énorme à faire si vous voulez formuler des recommandations ou dresser un plan global à l'échelle du pays pour faire en sorte que les services de santé mentale soient intégrés et uniformes. Dans ce contexte, vous devrez peut-être penser aussi à établir une sorte de hiérarchie des troubles et des besoins.

Par exemple, si une personne souffrant de schizophrénie a des parents qui s'en occupent attentivement, tout ce que vous aurez à faire sera peut-être de mettre à leur disposition des interventions médicales et d'assurer la contribution de la famille au départ. Ce genre de patient n'aura sans doute pas besoin de beaucoup plus, à la différence d'un patient qui n'a qu'un seul parent souffrant lui aussi de trouble mental. Ce patient aura besoin de niveaux de service complètement différents. Vous allez donc devoir créer un système qui donnera peut-être l'impression qu'il est uniforme, de l'extérieur, mais qui tiendra compte de ces différences, à l'intérieur.

Je précise en passant que nous venons de publier une étude démontrant que le soutien familial et social est le meilleur indicateur prévisionnel de réhospitalisation au cours des trois années suivantes — ce qui n'est pas une nouvelle pour les familles. Toutefois, il y a des jeunes qui n'ont pas de famille qui les appuie et l'on doit donc prévoir un niveau de service complètement différent pour eux.

Je m'excuse si ma réponse à votre question est complexe mais il s'agit d'un problème complexe. Je pense que le fardeau imposé aux services judiciaires provient en réalité du fait que des services ne sont pas fournis dans le cadre du système régulier.

Le sénateur Keon : Tara, si vous deviez vous rendre régulièrement dans une clinique, préféreriez-vous qu'il y ait au-dessus de la porte un panneau disant « Services communautaires de santé mentale » ou « Services communautaires de santé et d'aide sociale »?

Mme Marttinen : Probablement « Services communautaires de santé mentale » — il faut appeler les choses par leur nom.

Le sénateur Keon : Vous en êtes maintenant à l'étape, je suppose, où ça ne vous cause plus aucun problème de dire au revoir à un ami en ajoutant « Je dois aller là pour un rendez-vous ». Vous êtes au-delà de ça.

Mme Marttinen : Je crois que je suis un peu au-delà de ça. Vous savez, il y a peut-être encore des gens qui ont des difficultés avec ça mais, sur le plan pratique, c'est ce qui identifie l'organisme de service — j'espère que nous arriverons tous au point où nous pourrions accepter tout le monde et accepter que certaines personnes puissent avoir des problèmes de santé mentale. En fait, ce ne sont pas vraiment des problèmes mais des préoccupations. Je ne peux pas vraiment répondre à votre question car j'en suis arrivée au point où je suis à l'aise avec ça et je ne peux donc pas savoir comment réagissent les autres. Il

personally I have never walked into a building whose sign reads "Mental Health Services" or anything like that. Most of them have a pretty ambiguous sign.

Dr. Malla: I think Tara is a very brave girl, and she is also nicely idealistic, but the reality is that a lot of the time that it is not the case, and this is why you see with early intervention programs a lot of acronyms. We came up with the acronym PEPP, in fact, before we actually named the program. We fitted the words into that acronym, Prevention and Early Intervention Program for Psychoses. I remember the day we came up with that acronym.

We have just created a high-risk clinic in our centre, and we have called it CAYR — Centre for Assessment of Youth at Risk. Once people walk through that door, it is different. Maybe one could say that that is falsifying things — but to me it is like the saying, a well told lie is better than a harmful truth.

Senator Keon: The point I was trying to come at is that it would seem to me a tremendous bonus to roll mental health services into the big picture of health services and social services. We all admit that social services are going to be a huge part of this.

Dr. Malla: As long as the money is protected.

Senator Cochrane: Tara, I do not want to be invasive, and if you do not want to answer this, that is okay. Was your treatment paid for by a medical care plan, or did your mother have to endure a lot of expense to get you treatment?

Ms. Marttinen: It was partially covered, but travel expenses were not covered. We had to apply for grants to travel from Sault Ste. Marie to London, but we were denied a lot of those because we were travelling so often and we did not necessarily meet the criteria. Hence, some of it was out-of-pocket but most of it was not.

Senator Cochrane: Phyllis, how is your son now?

Ms. Grant-Parker: He is doing quite well. He is still in recovery, back at school — he has to get two more credits — and planning university.

Senator Cochrane: That is wonderful.

Dr. Malla, I am so impressed with what you have told us. How does one get the most informed treatment from the most knowledgeable people?

Dr. Malla: How does one get the most informed treatment? I think at the moment it depends on where you live. If you live in a place where somebody has a particular interest and is running a special program, you are going to get help. This is why we need national standards — and above all, we need training. Pharmaceutical companies do a great job in selling their drugs. There is not a single person who sells any other treatment. So, it

réagissent peut-être d'une manière différente de la mienne — et, personnellement, je suis jamais entrée dans un immeuble portant un panneau disant « Services de santé mentale » ou quelque chose comme ça. Dans la plupart des cas, c'est un panneau assez ambigu.

Le Dr Malla : Je pense que Tara est une fille très brave mais aussi gentiment idéaliste car la réalité est que, dans bien des cas, ce n'est pas comme ça que les choses se passent, et c'est pourquoi on voit beaucoup d'acronymes dans les programmes d'intervention précoce. Nous avons trouvé l'acronyme PEPP, en anglais, avant même de nommer le programme. Nous avons adapté le nom du programme à l'acronyme : Programme de prévention et d'intervention précoce pour les psychoses. Je me souviens du jour où nous avons trouvé cet acronyme.

Nous venons tout juste d'ouvrir une clinique de haut risque dans notre centre, que nous avons appelée CAYR — Centre d'évaluation des jeunes à risque. Une fois que les gens franchissent la porte, c'est différent. Personne ne peut dire que nous tentions de dissimuler les choses — mais, à mes yeux, c'est comme dire qu'un bon mensonge est préférable à une mauvaise vérité.

Le sénateur Keon : Ce que j'essayais de dire, c'est qu'il serait sans doute extrêmement préférable d'intégrer les services de santé mentale à l'ensemble des services sociaux et des services de santé. Nous convenons tous que les services sociaux en seront un élément très important.

Le Dr Malla : À condition que l'argent soit protégé.

Le sénateur Cochrane : Tara, je ne veux pas m'ingérer dans votre vie privée et, si vous ne voulez pas répondre à ma question, c'est bien. Votre traitement a-t-il été payé par un régime d'assurance médicale ou par votre mère?

Mme Marttinen : Il a été couvert en partie par l'assurance, mais pas les frais de déplacement. Nous avons dû demander des subventions pour voyager entre Sault Ste.-Marie et London mais elles nous ont souvent été refusées parce que nous voyagions si souvent et que nous ne répondions pas nécessairement aux critères. Nous avons donc dû assumer une partie des dépenses mais la majeure partie a été payée par l'assurance.

Le sénateur Cochrane : Phyllis, comment va votre fils, maintenant?

Mme Grant-Parker : Il va très bien. Il n'est pas complètement guéri mais il est retourné à l'école — il a besoin de deux crédits supplémentaires — et il envisage d'aller à l'université.

Le sénateur Cochrane : C'est merveilleux.

M. Malla, je suis très impressionné par ce que vous nous avez dit. Comment peut-on obtenir le meilleur traitement possible des personnes qui connaissent le mieux la situation?

Le Dr Malla : Comment obtenir le meilleur traitement? À l'heure actuelle, je pense que tout dépend de l'endroit où vous habitez. Si vous habitez là où il y a quelqu'un qui a un intérêt particulier et qui offre un programme spécial, vous obtiendrez de l'aide. Voilà pourquoi nous avons besoin de normes nationales — et surtout de formation. Les compagnies pharmaceutiques font un excellent travail pour vendre leurs médicaments. Il n'y a pas une

depends — if you are lucky enough to be living in an area where people are running programs like that, you will get good treatment.

Senator Cochrane: It is hard to find out about, right?

Dr. Malla: No. You can find out on the Internet now — there are 12 early intervention programs that are highly developed throughout the world, maybe 15. We are all connected on the Internet. If you press “early intervention” you will get on.

Senator Callbeck: Tara, when you are dealing with people or talking to groups of people, does it make any difference whether it is a youth group or an older group in terms of having an impact at reducing stigma?

Ms. Marttinen: I really do not think so. In my belief, there are two age groups of stigma. There is the older population, who has experience with chronic mental illness and media stereotypes. So, when I come to talk to them about mental illness, I tend to dispel the image they have, and they almost do not believe I have a mental illness. “You are so healthy. What is wrong with you?”

When I talk to young people, they do not have as much experience with mental illness. They see it, but it is not as ingrained and they do not have as much experience with family members becoming ill and things like that. They really have less of a negative perception. It is more of a positive groundbreaking thing for them. I think in general it is a more positive experience for them because they know now that there is a greater possibility of achieving something better than chronic mental illness.

Senator Callbeck: Phyllis, when you talk about consumer advisory committees — there is one attached to your hospital, and you are a part of it, I take it, from your notes. You have found it to be very good; in other words, obviously, your group has been listened to. You are suggesting that the federal government set one up, the provincial governments and right down the line, that every hospital should have one?

Ms. Grant-Parker: Yes. It brings everybody to common ground, and issues and concerns get discussed. We have patients, family members, staff, medical staff, from the hospital. In my experience, things get discussed and proposals and remedies get put on the table, and that is just at the hospital level. I think it would be great to roll that up to a federal level.

Senator Callbeck: Doctor, you say that school mental health programs may be important but are generally effective only for certain types of problems. Could you elaborate on that, please?

Dr. Malla: I think an excellent example in the last few years is the efficacy of school programs for reducing bullying. Bullying it is more than just bullying — it has all kinds of consequences for other children and mental health problems that result from it. Another one would be early identification of developmental disorders.

personne unique qui vend un seul autre traitement. Donc, tout dépend — si vous avez la chance de vivre dans une région où existe un programme dont vous avez besoin, vous obtiendrez un bon traitement.

Le sénateur Cochrane : C’est difficile à trouver, n’est-ce pas?

Le Dr Malla : Non. Vous pouvez faire des recherches sur Internet — il y a une douzaine de programme d’intervention précoce très développés dans le monde, peut-être 15. Nous sommes tous reliés par Internet. Si vous cherchez « intervention précoce », vous trouverez.

Le sénateur Callbeck : Tara, quand vous traitez avec des gens ou que vous discutez avec des groupes de gens, y a-t-il une différence s’il s’agit d’un groupe de jeunes ou de personnes âgées, du point de vue de la réduction de la stigmatisation?

Mme Marttinen : Je ne pense pas. À mon avis, il y a deux groupes d’âge en ce qui concerne la stigmatisation. Il y a les personnes âgées, qui ont l’expérience des maladies mentales chroniques et des stéréotypes médiatiques. Quand je leur parle de maladie mentale, j’ai tendance à faire disparaître l’image qu’elles ont en tête et elles en arrivent presque à croire que je n’ai pas de maladie mentale. « Vous êtes en tellement bonne santé. Qu’est-ce qui ne va pas avec vous? »

Quand je parle à des jeunes, ils n’ont pas autant d’expérience de la maladie mentale. Ils la constatent mais ce n’est pas gravé dans leur esprit et ils n’ont pas autant d’expérience d’un membre de la famille tombant malade, par exemple. Ils ont en réalité moins de réactions négatives. Ils ont une attitude plus positive. De manière générale, je pense qu’ils ont une attitude plus positive parce qu’ils savent qu’il existe une plus grande possibilité de réaliser quelque chose de mieux que la maladie mentale chronique.

Le sénateur Callbeck : Phyllis, quand vous parlez de comités consultatifs de consommateurs — il y en a un dans votre hôpital et vous en faites partie, si je comprends bien. Vous avez constaté que c’est utile, ce qui veut dire, à l’évidence, qu’on vous écoute. Pensez-vous que le gouvernement fédéral devrait en créer, ainsi que les gouvernements provinciaux et les autres organismes publics, comme chaque hôpital, par exemple?

Mme Grant-Parker : Oui. Je crois que cela permettrait de discuter de ces questions d’un point de vue commun. Nous avons des patients, des membres des familles, du personnel médical de l’hôpital, etc. Mon expérience m’a montré que cela permet de discuter des problèmes et de faire des propositions, et c’est juste au niveau de l’hôpital. Je pense que ce serait très bien d’en créer au palier fédéral.

Le sénateur Callbeck : Docteur, vous dites que les programmes d’études en santé mentale peuvent être importants mais qu’ils ne sont généralement efficaces que pour certains types de problèmes. Pourriez-vous préciser votre pensée?

Le Dr Malla : Je pense qu’un excellent exemple de ces dernières années nous est offert par l’efficacité des programmes scolaires de lutte contre le tabac. Le tabac n’est pas que le tabac — il a toutes sortes de conséquences sur les autres enfants et peut provoquer des problèmes de santé mentale. Un autre exemple est celui de l’identification précoce des troubles du développement.

However, in terms of serious mental disorders, they are low frequency. There will be about 60 to 70 per 100,000 in that age group per year. So, we are not talking about many children. It is very difficult to have programs that would be that specific. The best thing we can do is sensitize people so that if they see these kinds of behaviours, these are the possibilities, here is the service, call and check it out. I think that is what I meant.

Senator Pépin: Dr. Malla, in terms of intern medical student and nurses — we have had many representations where people have told us that medical students and nurses do not know anything about mental illness. People have told us of their experience at emergency, where the nurses and doctors have said inappropriate things to them.

In your opinion, should there be training for nurses and doctors? I am a former nurse, and we used to spend three months of our training in a psychiatric hospital, and it was the same for interns. Should interns and nurses receive special training, or should it be left to trained volunteers and practitioner nurses?

Dr. Malla: No. I entirely agree with you. In the last 10 years, most of the medical schools in Canada have introduced a lot more sensitivities into training on mental health issues. At the Western University, where I spent 20 years, I saw that change, where we started teaching simple interviewing skills to medical students from first year whereas we used to do it in the third year. I agree with you that I think there needs to be a lot more of that sensitizing training for all medical staff. Unfortunately, the new system of postgraduate training in Canada has switched away from what used to be a rotating internship, where everybody had to spend a prescribed amount of time in each specialty. Now, people do not have to do that and that I think has its disadvantages.

Senator Pépin: Madam Grant-Parker, you said that parents should be consulted, and that the age for youth to give approval should be moved from 16 to 18. Could you elaborate a little bit on that?

Ms. Grant-Parker: Right now, the legislation is such that if you are being treated for a mental illness and you are 16 you have to sign a form before the medical team can speak to your family. Without that signed consent, the family can be given no information. My son had to sign a form that said that his condition and his treatment could be discussed with us. If he had denied that, we would have had no information. We could not give approvals for anything without him signing to do so.

Senator Pépin: Has it been long since that legislation came into force? I know that the age of consent varies from one province to another — for example, I know that in Quebec it is lower.

The Chairman: Lower than 16?

Senator Pépin: If you have a teenager who is sex frequently, she can ask her doctor and get contraception at the age of 14.

Toutefois, pour ce qui est des troubles mentaux graves, leur fréquence est faible. C'est peut-être 60 à 70 cas par an sur 100 000 membres de ce groupe d'âge. Il ne s'agit donc pas d'un grand nombre d'enfants. Il serait très difficile de mettre sur pied des programmes aussi spécifiques. La meilleure chose que l'on puisse faire, c'est de sensibiliser les gens pour qu'ils connaissent les possibilités et les services disponibles s'ils constatent tel ou tel type de comportement. C'est ce que je voulais dire.

Le sénateur Pépin : M. Malla, en qui concerne les étudiants en médecine et les infirmières — beaucoup de témoins nous ont dit qu'ils ne savent rien des maladies mentales. Certains nous ont parlé de leur expérience en arrivant à l'urgence, où des infirmières et des médecins leur disaient des choses inappropriées.

D'après vous, devrait-il y avoir une formation pour les infirmières et les médecins? Quand j'étais infirmière, nous avions trois mois de formation dans un hôpital psychiatrique, et c'était la même chose pour les internes. Les internes et le personnel infirmier devraient-ils recevoir une formation spéciale ou devrait-on s'en remettre totalement à des bénévoles et à des infirmières ayant reçu une formation?

Le Dr Malla : Non. Je suis tout à fait d'accord avec vous. Au cours des 10 dernières années, la plupart des facultés de médecine du Canada ont introduit une sensibilisation aux maladies mentales. À l'Université Western, où j'ai passé 20 ans, j'ai vu ce changement. Nous avons commencé par enseigner de simples compétences en entrevue aux étudiants en médecine de première année, alors que cela se faisait auparavant en troisième année. Je pense aussi qu'il faut dispenser plus de formation de sensibilisation au personnel médical. Hélas, le nouveau système d'enseignement supérieur au Canada a abandonné l'ancienne méthode de l'internat en rotation qui obligeait chaque étudiant à passer une période fixe dans chaque spécialité. Aujourd'hui, ça ne se fait plus et je pense que c'est dommage.

Le sénateur Pépin : Madame Grant-Parker, vous avez dit qu'il faudrait consulter les parents et que l'âge auquel un jeune peut donner son approbation devrait passer de 16 ans à 18 ans. Pourriez-vous préciser votre pensée?

Mme Grant-Parker : En vertu de la loi actuelle, un jeune de 16 ans qui souffre de maladie mentale doit signer un formulaire pour que l'équipe médicale puisse en discuter avec sa famille. Sans ce formulaire de consentement, la famille ne peut recevoir aucune information. Mon fils a dû signer un formulaire de consentement disant qu'on pouvait discuter avec moi de sa situation et de son traitement. S'il avait refusé, nous n'aurions pas eu d'informations. Nous ne pouvions rien approuver sans qu'il ait signé un formulaire auparavant.

Le sénateur Pépin : Cette loi existe-t-elle depuis longtemps? Je sais que l'âge de consentement varie d'une province à l'autre — je sais par exemple qu'il est plus bas au Québec.

Le président : C'est moins de 16 ans?

Le sénateur Pépin : Si vous avez une fille qui a de fréquentes relations sexuelles, elle peut demander des contraceptifs à son médecin dès l'âge de 14 ans.

Ms. Grant-Parker: What is interesting is that if your child had another illness there would not even be a discussion. However, with this illness, the individual has diminished capacity to make a decision. Luckily, in our case, our son allowed us to be involved; he asked for help from the get-go.

About six months into it, when he just could not get enough help, he said to me, "When you are sick like this, you have to do something really bad to yourself or to somebody else before anybody will help you." That was his experience. He just kept asking people to help him.

Senator Trenholme Counsell: I wanted to say to you, Tara, that I have worked with an awful lot of young people all through the years and I am so impressed with you. You are the Terry Fox of mental health. You really are inspiring, but you have to spare yourself, put yourself first. However, you have so much to offer to those around you and to this country and you are doing it here today.

Phyllis, you have been a wonderful mother. You are so rational about this and balanced. Thank you both very much.

Doctor, I just wanted to ask you one question, because I know that time has run out. You said that the outcome at one year is what you will get at 15 years. Are you talking only about schizophrenia and psychotic disorders, or mental illness in general?

Dr. Malla: No. I am talking specifically about schizophrenia and psychotic disorders. However, I should qualify by saying that, for whatever reason, most of the research in this area has been in the field. Schizophrenia and psychotic disorders have probably had the most extensive research, in terms of long-term outcome and in terms of early intervention.

I think for many years people believed, and still do, for that matter, that if you have a manic depressive illness you are better off. However, recent evidence suggests that while you may be better off in the short run you are not actually better off in the long run, because people drop out of treatment at a greater frequency. They feel that it may sort itself out, that it is time-limiting, but it is not.

My comments are prefaced by the fact that that is where the data comes from. It may be true about others, I do not know.

Senator Trenholme Counsell: I would like to debate that a little bit, because I see people today that I saw 10 years ago and they are incredibly better now than they were then, and that is because of better management, specifically, better pharmacology. It struck me, when I heard you say that, that this was not a message of hope, but it may be a very realistic message.

Dr. Malla: Two things I should say. One, when I make a statement like that, we are talking about large group data. So that there will be individuals who will not fall into that. These are data

Mme Grant-Parker : Ce qui est intéressant, c'est que si votre fille avait une autre maladie, il n'y aurait même pas de discussion. Toutefois, avec cette maladie, la capacité de décision de la personne est réduite. Heureusement, dans notre cas, notre fils nous a autorisés à intervenir. Il a demandé notre aide dès le départ.

Il y a environ six mois, alors qu'il ne pouvait plus recevoir suffisamment d'aide, il m'a dit : « Avec ce genre de maladie, il faudrait se faire un mal considérable ou en faire à quelqu'un d'autre pour qu'on vienne nous aider ». Voilà son expérience. Il ne cessait de demander de l'aide.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je voulais vous dire, Tara, que j'ai travaillé avec un très grand nombre de jeunes au cours des années et que vous m'impressionnez beaucoup. Vous êtes la Terry Fox de la santé mentale. Vous êtes très encourageante mais, cette attention, pensez à vous d'abord. Vous avez cependant beaucoup à offrir aux gens qui vous entourent et au pays, comme vous le faites aujourd'hui.

Phyllis, vous avez été une mère merveilleuse. Vous êtes tellement rationnelle, et surtout si équilibrée. Merci beaucoup à toutes les deux.

Docteur, je voudrais vous poser une question car je sais que notre session devrait déjà être terminée. Vous avez dit que le résultat au bout d'une année est le même qu'au bout de 15 ans. Vouliez-vous parler de la schizophrénie et des troubles psychotiques, ou de la santé mentale en général?

Le Dr Malla : Non, je parlais précisément de la schizophrénie et des troubles psychotiques. Toutefois, je devrais apporter une précision en disant que, pour une raison que j'ignore, la majeure partie de la recherche effectuée dans ce domaine-là l'a été sur le terrain. La schizophrénie et les troubles psychotiques sont sans doute les deux domaines qui ont suscité les recherches les plus exhaustives, sur le plan des résultats à long terme et de l'intervention précoce.

Je pense que les gens ont cru pendant longtemps, et croient encore, qu'être maniaco-dépressif est moins perturbant. Toutefois, des données récentes portent à croire que l'on se porte peut-être mieux à court terme mais pas vraiment à long terme car ces patients abandonnent le traitement plus fréquemment. Ils ont le sentiment que leur problème va se régler, qu'il ne durera pas, mais c'est faux.

Je précise qu'il s'agit là de résultats d'études. C'est peut-être vrai pour d'autres, je ne le sais pas.

Le sénateur Trenholme Counsell : J'aimerais continuer la discussion à ce sujet car je vois aujourd'hui des gens que je voyais il y a 10 ans et qui sont incroyablement mieux aujourd'hui, ce qui résulte essentiellement d'une meilleure gestion de leur cas, d'une meilleure pharmacologie. En vous écoutant, j'ai eu l'impression que vous n'aviez pas beaucoup d'espoir, mais vous êtes peut-être seulement très réaliste.

Le Dr Malla : Je voudrais dire deux choses à ce sujet. Premièrement, quand je fais est une affirmation de ce genre, c'est que nous parlons de données sur de grands groupes. Il peut

that come out of the international pilot study of schizophrenia that was started way back in the 1960s, and is the only study that has a long-term outcome like this.

On the other hand, it is not pessimistic, but a bit of a warning, in the sense that, on average, one or two years are lost in seeking and getting treatment and then, if the best treatment is not available in the first couple of years, a lot of deterioration takes place, neurobiological, cognitive and social deterioration, in the first three to five years.

So, what I was trying to get at is that the window may not be very large if we want to achieve the best outcome.

Senator Trenholme Counsell: With new medications, just being very frank at this point in your knowledge, would you say that whatever has become chronic by one or two years can be improved, or is the outcome less than what might have happened if the management had been better in the first year?

Dr. Malla: With new medications, at least in the field of schizophrenia and psychotic disorders, the improved outcome is actually marginal. Part of the reason for that is that medication alone is not going to do it. There are other interventions that have to be applied on top of medication even to sustain people taking medication.

For example, the biggest problem clinically, as a clinician I can tell you, is young people staying on medication.

Senator Trenholme Counsell: Oh, I know that.

Dr. Malla: The reason for that is not a simple matter of side effects or anything like that. It is a very internal process of why a 19 year old who is doing well now is likely to reject medication. If you think about it from a healthy perspective — I do not need this — there is an art to actually persuading them.

So, I would say, yes, new medications have improved outcome but the data suggest that the improvement is relatively marginal and until we support that with all of these other family intervention, skills, training, and so on, it is not going to show a huge impact.

The Chairman: May I thank all of you for attending here today. You have been very helpful to us.

Senators, we have one last panel, with two members of the Ontario courts. I was first prompted to call Judge Carruthers because of some very outspoken comments he made on this subject that I read in the newspaper. This was probably six or seven months ago. When we set up the hearings, I thought it would be ideal if we could hear from people on the judicial end, since we have been doing largely forensic evidence today.

We had a terrific presentation from several police forces across the country this morning, as well as a presentation from the Elizabeth Fry Society and others, people who deal with inmates when they leave.

donc y avoir des individus pour qui ce n'est pas vrai. Je faisais référence aux résultats d'une étude pilote internationale sur la schizophrénie qui a débuté il y a longtemps, dans les années 1960, et c'est la seule portant sur les résultats à long terme.

En revanche, ce n'est pas du pessimisme mais simplement un avertissement dans le sens où, en moyenne, on perd une année ou deux à chercher et trouver un traitement puis, si l'on ne trouve pas le meilleur traitement dans les premières années, la situation se détériore. Je parle ici de détérioration neurobiologique, cognitive et sociale dans les trois à cinq premières années.

Je voulais donc parler de cette période qui n'est pas très longue si l'on veut obtenir le meilleur résultat possible.

Le sénateur Trenholme Counsell : Avec les nouveaux médicaments, et dites-nous franchement ce que vous savez, pensez-vous qu'un trouble qui aurait pu devenir chronique en un an ou deux peut maintenant être amélioré, ou est-ce que le résultat sera quand même moins bon que ce qu'il aurait été si la gestion avait été meilleure la première année?

Le Dr Malla : Avec les nouveaux médicaments, l'amélioration du résultat n'est que marginale, en tout cas pour ce qui est de la schizophrénie et des troubles psychotiques. Ceci s'explique en partie parce que le médicament ne peut pas tout faire. D'autres interventions sont nécessaires, même avec les patients qui prennent régulièrement leurs médicaments.

Par exemple, le plus gros problème sur le plan clinique, et je peux vous le dire en tant que clinicien, c'est de s'assurer que les jeunes prennent régulièrement leurs médicaments.

Le sénateur Trenholme Counsell : Oh, je le sais bien.

Le Dr Malla : Ce n'est pas seulement une question d'effets secondaires. C'est un problème interne au jeune homme : pourquoi un jeune de 19 ans qui va bien cesse-t-il de prendre ses médicaments? Si vous voyez ça du point de vue de la santé — je n'ai pas besoin de ça — c'est tout un art de le convaincre.

Certes, les nouveaux médicaments ont amélioré les résultats mais les données semblent indiquer que l'amélioration est relativement marginale et, tant qu'il n'y a pas tous les autres systèmes de soutien avec l'intervention familiale, les compétences, la formation, et cetera, ils n'auront pas d'impact énorme.

Le président : Je vous remercie tous et toutes d'être venus aujourd'hui. Vous nous avez beaucoup apporté.

Sénateurs, nous avons un dernier groupe de témoins composé de deux membres de la magistrature ontarienne. J'avais d'abord l'intention de faire appel au juge Carruthers, qui a fait des déclarations très directes à ce sujet dans un journal, il y a probablement six ou sept mois. Quand nous préparions ses audiences, je pensais qu'il serait idéal de recueillir l'opinion de membres de la magistrature étant donné que nous avons essentiellement parlé de l'aspect judiciaire, aujourd'hui.

Nous avons eu témoignage extraordinaire de représentants de la police de diverses régions, ce matin, ainsi qu'un exposé de la Société Elizabeth Fry et d'autres personnes qui s'occupent des détenus après leur mise en liberté.

Judge Carruthers suggested that we call Judge Schneider.

We are interested in the insight you can give us with respect to an issue that seems to be troubling a lot of us, that is, that as a result of deinstitutionalization throughout the mental health system prisons seem to have become the asylums of the 21st century. That is a sad comment on Canadian society, in and of itself — and that is just a view some of us have. I would like to know whether you agree and, second, if so, what can be done to reverse that trend and to stop the recidivism rate. For people with mental illness, there seems to be a swinging door in prisons. They come in as criminals, do not get treatment, are in prison for a while, leave no better off than when they came in and quite conceivably worse off, and then simply reappear. From a societal standpoint, that is obviously about as unproductive a system as one could have, and it was comments along that line that, as I say, Judge Carruthers made some time ago that prompted me to invite the two of you to appear.

May I say that I am delighted that you agreed to appear. I offered you the option of appearing in camera, but both of you were prepared to appear in public. That is terrific.

Finally, I cannot resist telling you that this is about the only group of politicians you could meet in which we do not have a single lawyer on the panel. We have two doctors. We have two teachers. We have a nurse. We have community health workers. We have an old professor like me, but we do not have a lawyer.

We will begin with you, Judge Carruthers. Please proceed.

Honourable Douglas Carruthers, Judge, as an individual: I have gained some insight into the fact that there could not have been a lawyer involved in your proceedings because the material that I read that you have prepared to date has been so insightful and so succinct, and there is no question that — I digress for just a moment. When I first went to Ottawa to deal with a matter for CRTC, there was a man appointed, Pierre Juneau, and I was immediately impressed because he told me he did not want me to conduct a hearing as if it was a court, and I tried.

I am chairman of the Ontario Review Board. There is a review board in each province and each territory, established under the Criminal Code of Canada. The boards deal only with people who have been charged with the commission of a criminal offence and who have either been found unfit to stand trial for that offence because of mental disorder or who have proceeded to trial on that charge and have been found not criminally responsible for the commission of the offence due to mental disorder.

We do not deal with the general prison population who may be suffering from mental illness. To some extent, Richard would have more exposure to them than I would as an active sitting judge. As a judge of the Supreme Court of Ontario for 20 years, we dealt with people from time to time who were found not guilty by reason of insanity, as the plea was known at that time, but,

Le juge Carruthers a suggéré que nous faisons appel au juge Schneider.

Nous aimerions savoir ce que vous pouvez nous dire au sujet d'une question qui nous préoccupe tous, c'est-à-dire que la désinstitutionnalisation semble avoir eu pour effet que les prisons du système de santé mentale sont un peu devenues les asiles du XXI^e siècle. C'est un triste commentaire sur la société canadienne — nous sommes en tout cas quelques-uns à le penser. J'aimerais savoir si vous êtes d'accord et, deuxièmement, ce que l'on pourrait faire pour renverser cette tendance et réduire le taux de récidive. Pour les gens qui souffrent de maladies mentales, il semble que les prisons soient équipées de portes tournantes. Ils y entrent comme criminels, ils n'obtiennent pas de traitement, ils y restent un certain temps puis ils en sortent dans un état qui n'est pas meilleur que quand ils sont entrés, et qui est parfois bien pire, avant de revenir plus tard. Pour l'ensemble de la société, c'est manifestement le système le plus improductif que l'on puisse imaginer, et c'est en quelque sorte ce que le juge Carruthers a dit il y a quelque temps, et c'est qui m'a incité à vous inviter tous les deux à comparaître.

Permettez-moi de dire que je suis ravi de vous accueillir. Je vous ai offert la possibilité de témoigner à huis clos mais vous avez dit que vous étiez prêts à témoigner en public, ce qui est magnifique.

Finalement, je ne peux résister au plaisir de vous dire que vous êtes sans doute devant le seul groupe de politiciens où il n'y a aucun avocat. Nous avons deux médecins, deux enseignants, une infirmière, deux travailleurs en santé communautaire et un vieux professeur, moi-même, mais pas d'avocat.

Nous allons commencer avec vous, monsieur le juge Carruthers. Vous avez la parole.

L'honorable Douglas Carruthers, juge, témoignage à titre personnel : J'ai pensé qu'il ne pouvait pas y avoir d'avocat dans votre groupe quand j'ai lu les documents que vous avez préparés et que j'ai constaté leur lucidité et leur brièveté; il ne fait aucun doute que — permettez-moi de faire une parenthèse. Quand je suis venu à Ottawa la première fois pour m'adresser au CRTC, il y avait là un certain Pierre Juneau qui m'a tout de suite impressionné en me disant qu'il ne voulait pas que je tienne l'audience comme s'il s'agissait d'un tribunal. J'ai essayé.

Je suis président de la Commission d'examen de l'Ontario. Il y a une commission dans chaque province et territoire, relevant du Code Criminel du Canada. Ces commissions se penchent uniquement sur les cas de personnes accusées d'avoir commis un acte criminel et que l'on juge inaptes à subir un procès à cause d'un trouble mental, ou qui sont passées devant un tribunal qui a conclu qu'elle pouvait pas être tenues criminellement responsables à cause d'un trouble mental.

Nous n'avons rien à voir avec les détenus de la population carcérale générale qui peuvent souffrir d'un trouble mental. Dans une certaine mesure, Richard a plus le contact avec eux que moi, qui suis juge siégeant. Comme juge de la Cour suprême de l'Ontario depuis 20 ans, il m'est arrivé de voir des personnes qui ont été trouvées non coupables pour raison d'aliénation mentale,

generally speaking, we were absolved fortunately, from my point of view, from dealing with what generally is the street crime that makes up so much of the criminal activity in our courts.

The threshold test in every instance is whether the individuals before us can be said with certainty to be a significant threat to the safety of the community, and if we cannot say that, then the individuals are free to go — and not having been convicted of any offence, they are left outside of the jurisdiction of the law and are free. We let about 120 people a year go free. Our recidivism rate has not been formally kept that I know of, and I should know if there is one, but Richard and I over the years have tried to consider how many people of ours who have gone out into the community either free or subject to conditions have recommitted an offence — and I think, Richard, we are still working on something less than 1 per cent.

Drs. Hucker and Webster in their recent text indicated that, for reasons they could not tell, people who have been in our system seemed to have more respect for what we tell them to do than the people who are in the parole system and subject to the parole board. I just say that to you because that is what it said in the book. Why we have such a satisfactory recidivism rate, I do not know.

I will tell you that there are a group of psychologists in Penetang who promote an instrument for measuring risk and recidivism who would probably disagree with the figure that I have given to you, but in coming to their conclusions, they count every slap on the wrist and every spit and every yell that a patient might have during the course of being treated in a hospital. We look at recidivism as being a real act of recidivism and not something that might otherwise be considered unpopular behaviour.

Dr. Malla was asked how a person could get the best treatment from the best informed, and I think that what Richard and I will tell you is that they start by committing a criminal offence. That is the unfortunate part, but our people do paradoxically get probably the best treatment available — but they have to commit a criminal offence and be found not criminally responsible or unfit due to mental disorder in order to get it.

The Chairman: I have seldom heard a one-sentence, more powerful indictment of a system than that.

Honourable Richard Schneider, Judge, as an individual: I circulated for your consideration the transcription of a presentation that was made six years ago this coming summer at Cambridge, England, at Queens' College. It was a talk put on by the Canadian Institute for Advanced Legal Studies, and the title of the talk — I was one of the participants, and I know you have not had an opportunity to read — was, "The Criminal Code of Canada: Mental Health Act of Last Resort."

comme on disait à l'époque, mais, de manière générale, nous n'avons plus à connaître, et c'est heureux je pense, des crimes de rue qui représentent une si grande partie de l'activité criminelle traitée devant nos tribunaux.

Le critère, dans tous les cas, est de savoir si l'on peut dire que l'individu qui est devant nous pose une menace grave pour la collectivité; si on ne le peut pas, il est libre de partir — et, comme il n'a été condamné pour aucun crime, il reste en dehors du champ d'application de la justice, il est libre. Nous laissons partir ainsi environ 120 personnes par an. Personne n'a tenu de statistiques officielles sur notre taux de récidive, à ma connaissance, et s'il y en avait, je les connaîtrais, mais Richard et moi avons essayé de calculer combien de personnes nous avons laissé au cours des années retourner dans la collectivité, en toute liberté ou à certaines conditions, et qui ont commis une nouvelle infraction — je pense que nous en sommes encore à un peu moins de 1 p. 100, n'est-ce pas, Richard?

Dans un rapport récent, les docteurs Hucker et Webster ont conclu que, pour des raisons qu'ils ne pouvaient indiquer, les gens qui sont passés dans notre système semblent avoir plus de respect pour ce que nous leur disons que les gens qui sont dans le système de libération conditionnelle. Je vous dis ça simplement parce que c'est ce qui est dit dans le livre. Je ne sais aucunement pourquoi nous avons un taux de récidive aussi bas.

Je peux vous dire qu'il y a à Penetang un groupe de psychologues qui font la promotion d'un outil de mesure du risque et de la récidive qui contesteront probablement le chiffre que je viens de vous donner mais, pour tirer leurs conclusions, ils tiennent compte de chaque petite tape sur la main et de chaque soupir qu'un patient peut pousser lors de son traitement à l'hôpital. Nous, nous envisageons la récidive du point de vue des actes réels et non pas de choses qui pourraient être considérées comme un comportement impopulaire.

Quelqu'un a demandé à M. Malla comment une personne peut obtenir le meilleur traitement possible en s'adressant aux personnes les mieux informées, et je pense que ce que Richard et moi-même pouvons répondre, c'est qu'il faut d'abord avoir commis un crime. C'est regrettable, certes, mais les gens qui passent devant nous obtiennent probablement le meilleur traitement possible — ce qui est sans doute paradoxal : il faut qu'ils aient commis un acte criminel et qu'ils aient été jugés non criminellement responsables ou inaptes à cause d'un trouble mental.

Le président : J'ai rarement entendu une critique aussi puissante du système que cette seule phrase.

L'honorable Richard Schneider, juge, témoignage à titre personnel : Je vous ai distribué la transcription d'un exposé qui a été fait il y a six ans au Queens' College de Cambridge, en Angleterre. Il s'agissait d'une communication de l'Institut canadien d'études juridiques supérieures dont le titre était — j'étais l'un des participants et je sais que vous n'avez pas eu l'occasion de lire le texte — « The Criminal Code of Canada : Mental Health Act of Last Resort ».

The Chairman: Since there is no federal Mental Health Act, it is really the Mental Health Act of first resort at the present moment; is that right?

Judge Carruthers: The provinces have a Mental Health Act.

The Chairman: Yes, but the feds do not.

Judge Carruthers: No, but the Criminal Code, which is the federal statute, is the Mental Health Act of last resort.

In terms of how the rubber hits the road on a provincial or territorial level, you have got both statutes operative simultaneously, and I can tell you — a previous speaker mentioned that somebody had to do something extreme to get help. I was not entirely sure what they were alluding to, because I came in late, but it is true. As Doug was saying, unfortunately, for the most part, it is recognized that the gold card for mental health care in Canada is either a criminal information or indictment. That is how an individual gets the medical psychiatric attention he or she needs.

As a practising criminal lawyer prior to being appointed to the bench, I had dozens of cases. My practice was largely limited to representing psychiatric patients who had criminal difficulties. The family was ecstatic that their son had fortunately been picked up by the police because now they could get that assessment that they had not been able to get in the civil system, a comprehensive report. If things went really, really well, they would be found unfit to stand trial at the conclusion of the assessment and subsequent hearing, and once unfit to stand trial, the court could make a mandatory order for treatment for up to 60 days.

Again, as you may have heard, there is a process on the civil side, certainly in Ontario, and I am guessing most of the other provinces and territories for involuntary treatment, but it is a circuitous, difficult path riddled with appeal routes and it is very difficult to enforce and engage.

If a loved one is very lucky, at the conclusion of the treatment order and once they are rendered fit to stand trial, they are found not criminally responsible in respect of those matters and then they will be turned over to the Ontario or provincial territorial review board who will look after them indefinitely, ensure they are obtaining adequate housing, medical care, clothing, prescriptions, and all of the things that you talked about in terms of closing down that revolving door.

I can tell you that — I am sure you do not want me to go on length, because you want me to answer questions —

The Chairman: Please go ahead, because this is so incredible.

Judge Carruthers: I would like to add that Richard was a clinical psychologist before he was a lawyer. He has double-barrelled experience.

Judge Schneider: We have established a Mental Health Court in downtown Toronto. It has been operative now since May 1998, and the mandate of the court is to look after

Le président : Comme il n'y a plus de loi fédérale sur la santé mentale, c'est devenu aujourd'hui la loi sur la santé mentale de première instance, n'est-ce pas?

Le juge Carruthers : Il y a des lois sur la santé mentale dans les provinces.

Le président : Oui, mais pas de loi fédérale.

Le juge Carruthers : Non, mais le Code criminel, qui est une loi fédérale, est la loi sur la santé mentale de dernière instance.

Pour savoir comment les choses se passent en réalité au palier provincial ou territorial, il faut savoir que les deux lois sont en vigueur en même temps, et je peux vous dire — quelqu'un a dit tout à l'heure qu'il fallait faire quelque chose d'extrême pour obtenir de l'aide. Je ne sais pas exactement à quoi il faisait allusion, car je suis arrivé en retard, mais il avait raison. Comme le disait Doug, tout le monde sait que, malheureusement, la carte en or pour obtenir des soins en santé mentale au Canada, c'est une accusation pénale ou une inculpation. C'est comme ça qu'on obtient les soins psychiatriques dont on a besoin.

Ayant été criminaliste avant d'être nommé à la magistrature, j'ai vu des douzaines de cas. Mon cabinet se consacrait surtout à la défense des patients psychiatriques qui avaient des problèmes avec la justice pénale. Quand un adolescent se faisait arrêter par la police, la famille était folle de joie parce qu'elle savait qu'il allait maintenant obtenir une évaluation qu'il lui était impossible d'obtenir dans le système civil, un rapport complet. Si les choses allaient vraiment, vraiment bien, il serait jugé inapte à subir son procès à la fin de l'évaluation et de l'audience subséquente et le tribunal ordonnerait qu'il obtienne un traitement obligatoire pouvant durer 60 jours.

Comme vous le savez, il y a un processus sur le plan civil, en tout cas en Ontario, et je suppose qu'il existe aussi dans les autres provinces et territoires, pour obtenir un traitement involontaire mais c'est un labyrinthe très difficile à négocier, avec toutes sortes de droits d'appel, et les décisions sont très difficiles à faire appliquer.

Si vous avez un être cher qui a beaucoup de chance, à la fin de l'ordonnance de traitement et une fois qu'il aura été jugé apte à subir son procès, il sera jugé non criminellement responsable et sera confié à la Commission d'examen de l'Ontario ou de la province, laquelle devra s'en occuper indéfiniment et veiller à ce qu'il obtienne un logement adéquat, des soins médicaux, des vêtements, des médicaments et toutes les choses dont vous avez parlé au sujet de la porte tournante qu'il faut fermer.

Je peux vous dire — je ne sais pas si vous voulez que je continue ou si vous préférez que je réponde aux questions...

Le président : Continuez, je vous en prie, c'est tout à fait incroyable.

Le juge Carruthers : J'aimerais ajouter que Richard était psychologue clinicien avant de devenir avocat. Il a une double expérience.

Le juge Schneider : On a créé une Cour de la santé mentale au centre-ville de Toronto. Elle existe maintenant depuis mai 1998 et son rôle est de s'occuper exclusivement des personnes souffrant de

exclusively individuals who have got mental disorders as well as criminal allegations. There are two broad mandates for the court: One is to expedite pre-trial matters of getting assessed for fitness and treatment, and moving things on, and then, at the conclusion of the matter, slowing down that revolving door you talked about. What you see are people cycling back time after time through the courts, with no improvement. The reason for that, at least in Toronto, prior to the establishment of the Mental Health Court, is that people would be ejected out onto the streets of Toronto wearing an orange suit with no identification, no OHIP card, no social assistance, no place to go, no doctor's appointment and no bus fare. It is not surprising that they show up back in the courts in very short order.

One of the other key aspects of the court is to equip people that leave the criminal justice system with a basic survival kit, to reduce the probability of them returning to court. They are as much as possible plugged back into the civil system that they fell out of.

I can tell you that the numbers of mentally disordered accused are pouring through courthouse doors in Canada in unprecedented numbers, and it is largely due to a failure on the part of the civil systems across Canada to look after this population adequately. The courts have been left with this hot potato and having to sort out the problem. So, therefore, the Criminal Code of Canada Mental Health Act of last resort.

Judge Carruthers: I should like to add something to embellish what Richard has said. The Mental Health Court that we have in Toronto is really the brainchild of Richard, and I think I am safe in saying that it is the only one of its kind in the world. It was supposed to be established at two other centres in Ontario, but it has not been.

We met on August 23 in the year prior to which it was done, and we talked about it with certain people, and by May 14, the court was up and running. That must be an absolute record, and it is due all to this man here.

The Chairman: Do you want to make some more comments?

Judge Schneider: I was just going to say that what we are dealing with in the criminal justice system — we can call them alternatively forensic patients, mentally disordered accused — are that they are all, and I am using that extreme word “all” advisedly, largely failed civil mental health customers. The reason I say that is that when a new customer comes into our Mental Health Court, they invariably have extensive civil mental health histories or files. So, that system had them but they got away — they slipped through the net. They either evaded it or the legislation or the resources just did not pick them up, and they slipped out of the civil net and got picked up further down the stream in the forensic net, and we find them in the courthouse having attracted the attention of the constabulary, generally for relatively minor matters but often not, sometimes for pushing people off subway platforms and things like that.

troubles mentaux et faisant l'objet d'allégations pénales. En réalité, elle a un double mandat : expédier les questions préliminaires au procès, pour une évaluation de l'aptitude et du traitement, et ensuite, à la conclusion de l'affaire, ralentir la porte tournante dont vous parliez. Ce que l'on constate, c'est qu'il y a des gens qui reviennent continuellement devant les tribunaux, sans aucune amélioration. La raison en est, ou en était au moins à Toronto avant la création de la Cour de la santé mentale, que les gens étaient jetés à la rue avec un uniforme orange sans aucune identification, sans carte OHIP, sans assistance sociale, sans logement, sans rendez-vous chez le médecin et sans billet d'autobus. Il n'était pas étonnant qu'ils reviennent très rapidement devant la Cour.

L'une des autres fonctions principales de la Cour est d'équiper les gens qui sortent du système de justice pénale d'une trousse de survie élémentaire pour réduire le risque qu'ils reviennent devant la Cour. On s'efforce ainsi de les aider à réintégrer le système civil dont ils étaient sortis.

Je peux vous dire qu'il y a actuellement un nombre sans précédent de personnes souffrant de troubles mentaux qui franchissent les portes des palais de justice du Canada, essentiellement à cause de l'incapacité des systèmes civils à s'en occuper adéquatement. Ce sont ainsi les tribunaux qui se retrouvent pris avec le problème. Donc, le Code criminel est notre Loi sur la santé mentale du Canada de dernière instance.

Le juge Carruthers : J'aimerais ajouter quelque chose à ce que Richard vient de dire. La Cour de la santé mentale de Toronto est en réalité sa création à lui et je crois pouvoir dire que c'est la seule au monde. On était censé en créer deux autres en Ontario mais elles ne l'ont pas été.

Nous nous étions réunis le 23 août de l'année précédant sa création pour en discuter avec certaines personnes et, le 14 mai suivant, elle entra en activité. C'est un record absolu et c'est uniquement grâce à lui.

Le président : Voulez-vous faire d'autres remarques?

Le juge Schneider : Je voulais juste dire que les gens dont nous parlons, dans le système de justice pénale — on peut les appeler des patients judiciaires ou des accusés ayant des troubles mentaux — sont tous, et je dis bien « tous », délibérément, des échecs du système civil de santé mentale. La raison pour laquelle je dis cela est que, quand un nouveau client arrive devant la Cour de la santé mentale, il a invariablement un très gros dossier de troubles mentaux provenant du système civil. Donc, le système civil l'avait — mais l'a laissé partir, soit parce qu'il l'a laissé s'échapper, soit parce que la législation ou les ressources n'ont pas pu s'en occuper et qu'il est passé dans les mailles du filet civil pour être rattrapé un plus tard par le filet judiciaire, et nous le retrouvons devant un tribunal après avoir attiré l'attention de la police, généralement pour une question relativement mineure mais, souvent, majeure, comme avoir poussé quelqu'un d'une plate-forme de métro.

So, unfortunately, the courts in the criminal justice system have been burdened with having to pick up and look after this population — and, of course, the police and the courts' lawyers and judges and jails are not the best people to be looking after this population.

Mr. Chairman, I think you are right, that our prisons are turning into the de facto psychiatric facilities of this century. There are more mentally disordered people currently housed in prisons in Canada than there are in mental health hospitals, psychiatric hospitals.

The Chairman: Can you take us through the process. If an individual commits a crime and gets arrested, at what point in the process is a decision made that the person belongs in the Mental Health Court, not in what I would call the regular court stream?

Judge Schneider: Well, they can come in at any juncture, general speaking, are recognized at first instance the morning after the arrest in bail court when they are obviously not well. They might be behaving oddly, speaking oddly, uncommunicative. There is something that attracts the attention of either the duty counsel in the courtroom or the justice of the peace or the judge in the bail court and they think that things may be somewhat not right and they are sent over to the Mental Health Court where we will screen them in open court. If we agree that there certainly is an issue, because you can still be very unwell yet fit, then we will have them seen by a psychiatrist. The court is staffed by psychiatrists five days a week and they do stand-down assessments.

Judge Carruthers: That is right there outside the door, not going to a hospital.

The Chairman: Sorry, they do it in the courtroom building?

Judge Schneider: There are offices adjoining the actual courtroom where the —

Judge Carruthers: They do not take up a bed for 15 or 20 days.

Judge Schneider: So, that is the process. They are recognized in court, regular court at first appearance, generally speaking, and then referred to 102 Court. We will do the psychiatric assessment, trial of the issue of fitness, entertain a Crown application for treatment of order if one is being brought, and look after the whole process through to the point where litigation is looming. If the accused does not want to resolve his matter at the end of that process by way of a guilty plea and they want to litigate, by that time they are fit to stand trial and are sent back to a trial court for litigation.

The Chairman: So, you send them back if, in fact, you conclude they are fit to stand trial?

Judge Schneider: That is right.

The Chairman: You began this in what year, 1997 did you say?

Judge Schneider: The court?

Malheureusement, les cours pénales se retrouvent avec la responsabilité de cette population — et, bien sûr, la police, les criminalistes, les juges et les prisons ne sont pas ce qu'il y a de mieux pour s'en occuper.

Vous avez donc raison de dire, monsieur le président, que les prisons sont en train de devenir de facto les hôpitaux psychiatriques de notre siècle. Il y a actuellement plus de personnes souffrant de troubles mentaux dans les prisons du Canada que dans les hôpitaux de santé mentale, les hôpitaux psychiatriques.

Le président : Pourriez-vous nous résumer le processus? Si quelqu'un commet un crime et se fait arrêter, à quelle étape du processus décide-t-on qu'il relève de la Cour de la santé mentale et non pas du système judiciaire régulier?

Le juge Schneider : Il peut entrer dans le système à n'importe quelle étape. En général, la première indication nous est donnée le lendemain de l'arrestation, quand il passe devant le tribunal des cautionnements et que l'on constate qu'il ne va manifestement pas bien. C'est peut-être parce qu'il se comporte de manière étrange, qu'il parle de manière bizarre ou qu'il ne communique pas. Autrement dit, il y a quelque chose qui attire l'attention de l'avocat de service, du juge de paix ou du juge des cautionnements, et on l'envoie devant la Cour de la santé mentale où il sera examiné en audience publique. Si nous concluons qu'il y a clairement un problème — parce que quelqu'un peut fort bien être en difficulté sans avoir de trouble mental — nous l'envoyons devant un psychiatre. Des psychiatres sont affectés à la Cour cinq jours par semaine et ils font des évaluations immédiates.

Le juge Carruthers : L'évaluation se fait sur place, pas à l'hôpital.

Le président : Au palais de justice même?

Le juge Schneider : Oui, les psychiatres ont des bureaux à côté des tribunaux —

Le juge Carruthers : Le patient n'occupe donc pas un lit d'hôpital pendant 15 ou 20 jours.

Le juge Schneider : Tel est donc le processus. Le patient est identifié au tribunal, en règle générale lors de sa première comparution, puis il est envoyé à la Cour 102. Nous procédons à l'évaluation psychiatrique, nous rendons un jugement sur l'aptitude à subir le procès, nous examinons s'il y a lieu la demande d'ordonnance de traitement présentée par la Couronne, et tout cela constitue la procédure normale. Si l'accusé ne veut pas résoudre le problème à la fin de ce processus en plaçant coupable et qu'il souhaite se défendre, il est alors jugé apte à subir son procès et il est renvoyé devant un tribunal de première instance.

Le président : Donc, vous le renvoyez si vous concluez qu'il est apte à subir son procès?

Le juge Schneider : C'est ça.

Le président : Et ceci a commencé en 1997?

Le juge Schneider : La Cour?

The Chairman: The Mental Health Court.

Judge Schneider: It was conceived in 1997 and opened in May of 1998.

The Chairman: So, you have got a seven-year history and in that period there has been a huge movement to deinstitutionalization. It began before 1997, but it has certainly been accelerated through the late 1990s and the early part of this century.

Am I correct in thinking, therefore, that the demand on the Mental Health Court has gone up almost as the institutionalization has gone down?

Judge Schneider: That is right. Deinstitutionalization carried with it a whole host of broken promises. One was that the money that was going to be saved from shutting down hospital beds would be reinvested in community mental health care, and that never really happened. The other is that some of these people that were being looked after in the old traditional psychiatric facilities could be looked after adequately in the community. I do not think the jury was completely back on that one before the decisions were made.

So, yes, as a combination of lack of resources, the particular orientation of most provincial and territorial mental health legislation, we are seeing unprecedented numbers of mentally disordered, homeless people wandering around certainly the streets of Toronto and, unfortunately, sometimes getting into trouble. If you go back 10, 15, 20 years, you just did not see this population on the streets.

The Chairman: Just one other procedural question, and then I will go to Senator Pépin. Take me through the same scenario if I am a teenager.

Judge Schneider: If you are a teenager, well, you would be in another court. If you are younger than 18, you would be in Youth Court.

The Chairman: Youth Court. Are they qualified — maybe you do not want to comment on that — but are they qualified with the same level of experience that you people have?

Judge Schneider: No. They do not have a mental health court. The main Youth Court in downtown Toronto is at 311 Jarvis Street, and I will convene my court as a Youth Court to back them up. I can do that. I have jurisdiction to declare myself a Youth Court, and if they have an acute situation in their courthouse, they can send the accused over and I will look after them on a case by case basis in our Mental Health Court.

However, practically speaking, largely for biological reasons, these same psycho-legal issues generally do not arise in that population. I do not know whether you have spoken to experts on major mental disorders, schizophrenia in particular, but it generally blooms in late teens, early 20s, which takes them out of that court. Of course, there are outliers that will manifest psychotic systems prior to the age of 18. However, generally speaking, that population are manifesting behavioural problems,

Le président : La Cour de la santé mentale.

Le juge Schneider : Elle a été conçue en 1997 et a ouvert ses portes en mai 1998.

Le président : Cela fait donc sept ans qu'elle existe et, durant cette période, il y a eu un mouvement énorme de désinstitutionnalisation. Le mouvement a débuté avant 1997 mais il s'est beaucoup accéléré à la fin des années 1990 et au début de ce siècle.

Ai-je donc raison de penser que la demande de services de la Cour de la santé mentale a augmenté pendant que l'institutionnalisation diminuait?

Le juge Schneider : Exactement. La désinstitutionnalisation a été accompagnée d'une foule de promesses brisées. D'abord, on avait dit qu'on économiserait de l'argent en fermant des lits d'hôpitaux et que cet argent serait investi dans des services communautaires de santé mentale, ce qui ne s'est jamais fait. Ensuite, on avait dit que les patients qui étaient traités dans les anciens établissements psychiatriques traditionnels seraient traités adéquatement dans la communauté. Je crois qu'on n'en savait encore vraiment rien au moment où a décidé de désinstitutionnaliser.

C'est donc une combinaison de manque de ressources et d'orientation particulière de la plupart des lois provinciales et territoriales sur la santé mentale qui fait que nous voyons un nombre sans précédent de personnes souffrant de troubles mentaux, de sans-abri, qui déambulent dans les rues de Toronto et qui, malheureusement, créent parfois des problèmes. Il y a 10, 15 ou 20 ans, on ne voyait pas ces gens-là dans la rue.

Le président : Une dernière question sur la procédure, après quoi je donnerai la parole au sénateur Pépin. Présentez-moi le même scénario dans le cas d'un adolescent.

Le juge Schneider : S'il s'agit d'un adolescent, il ira devant un autre tribunal. S'il a moins de 18 ans, il ira devant le tribunal de la jeunesse.

Le président : Pensez-vous que le tribunal de la jeunesse est assez qualifié — vous ne voudrez peut-être pas faire de commentaire à ce sujet — ou est aussi qualifié que votre Cour de la santé mentale?

Le juge Schneider : Non. Il n'y a pas de Cour de la santé mentale pour la jeunesse. Le principal tribunal de la jeunesse du centre-ville de Toronto se trouve au 311 Jarvis Street, et je peux désigner ma Cour comme tribunal de la jeunesse pour lui venir en aide. J'ai le pouvoir de déclarer que ma Cour est un tribunal de la jeunesse si le véritable tribunal de la jeunesse fait face à une situation exceptionnellement difficile.

Toutefois, sur le plan pratique, et essentiellement pour des raisons d'ordre biologique, on ne trouve généralement pas dans cette population les mêmes problèmes psycho judiciaires. Je ne sais pas si vous avez parlé à des experts des troubles mentaux, notamment de la schizophrénie, mais celle-ci s'épanouit généralement à la fin de l'adolescence ou au début de la vingtaine, et la personne ne relève donc plus du tribunal de la jeunesse. Certes, il y a des cas particuliers qui présentent des

conduct disorders, but things that do not really attract the psycho-legal issues we are dealing with, namely, fitness or competency to stand trial, lack of criminal responsibility. In order to be compromised to that extent, you have to, generally speaking, have full-blown psychosis.

Judge Carruthers: May I add something just by way of background? I think you must be aware that when Bill C-30 was enacted into the amendments to the Criminal Code as part XX.I of the code, which is the basis of what Richard and I do in dealing with the mentally disordered, it created a scheme that replaced a scheme that had been in effect for over 150 years, and it is a pretty good scheme. There are close to 100 sections in the Criminal Code and everything that is needed to function with the scheme is there in the Criminal Code.

The unfortunate part about it, from our point of view, is that we are charged at the end of the day in each hearing with fashioning a disposition that is the least onerous and least restrictive for the accused individual. That is where the focus is. We might determine that, for a person who is in jail who comes before us in the first instance, the least onerous and least restrictive disposition is for that person to go to a medium, secure unit in North Bay. What do we do, having said that North Bay is the least onerous and least restrictive, when we find out that North Bay has got no beds? We cannot send them back to jail because we do not have any authority to send a person to jail, but he will sit in jail and he will sit sometimes nine, ten months in jail before he gets a bed. That is one problem that you have done federally in handing over the implementation of your great scheme to the province.

The second problem that we have is a lack of knowledge about the mentally disordered. It is just rampant throughout the judiciary, excluding Richard and me, and it does not serve people well.

I am dealing with a young man now who was convicted of murder in 2002. He had committed a murder while in an institution. He had been committed to hospital in 1996. He was 17 at the time he committed his offence, just turned 18, and he was in the most maximum secure facility in Ontario at 18 years of age. He has been in the system then for nine years, six and a half to seven of those years in solitary confinement in a jail, and he still is. He is not getting treatment. When you talk about closing the facilities — the people who are running the facility want to get rid of him. Now, if he cannot stay in the hospital where he is, as his lawyer said, they built Penetang for people like him, where is he going to go? I am fighting hard to get him back into the hospital. Our board has made an order every year for the last nine years that he be detained in hospital and the courts have ignored us completely and put him in jail.

Senator Pépin: Your court is fantastic. Who pays for the services you are providing?

symptômes de troubles psychotiques avant l'  ge de 18 ans mais, de manière générale, cette population a des problèmes de comportement ou des troubles qui ne posent pas les questions d'ordre psycho judiciaire dont nous parlons, c'est-  dire l'inaptitude à subir son procès et l'absence de responsabilité criminelle. Pour que ces questions se posent, il faut généralement souffrir de psychose en pleine efflorescence.

Le juge Carruthers : Puis-je ajouter quelque chose? Vous devez savoir que, lorsque le projet de loi C-30 a été adopté et que des modifications ont été apportées à la partie XX.I du Code criminel, ce qui est la base juridique de ce que Richard et moi faisons avec les personnes souffrant de troubles mentaux, on a créé un nouveau dispositif pour remplacer celui qui existait depuis plus de 150 ans, et c'est un très bon dispositif. Il y a plus de 100 articles dans le Code criminel et on y trouve tout ce qui est nécessaire pour faire fonctionner le dispositif.

Ce qui est dommage, à notre avis, c'est qu'on nous demande à la fin de chaque audience de trouver la solution la moins onéreuse et la moins restrictive pour l'accusé. Voilà l'orientation fondamentale. Ainsi, quand une personne qui est en prison vient devant nous en première instance, la solution la moins onéreuse et la moins restrictive dans son cas sera peut-être l'unité de sécurité moyenne de North Bay. Mais que ferons-nous, après avoir décidé que la solution la moins onéreuse et la moins restrictive est l'unité de North Bay, si nous apprenons qu'elle n'a pas de lit? Nous ne pouvons pas renvoyer la personne en prison, car nous n'avons pas le pouvoir de le faire, mais elle devra quand même pourrir en prison pendant parfois 9 ou 10 mois avant d'obtenir un lit à North Bay. Voilà l'un des problèmes que vous avez créés, au palier fédéral, en confiant la mise en application de votre grand dispositif à la province.

Le deuxième problème est le manque de connaissances sur les troubles mentaux. C'est un problème omniprésent dans l'appareil judiciaire, sauf en ce qui concerne Richard et moi, et ce n'est pas bon pour la population.

Je m'occupe actuellement d'un jeune homme qui a été condamné pour meurtre en 2002. Il avait commis un meurtre alors qu'il était dans une institution. Il avait été placé en hôpital en 1996. Au moment du meurtre, il avait 17 ans, ou venait juste d'avoir 18 ans, et on l'a envoyé dans l'établissement pénitentiaire à sécurité la plus maximum de tout l'Ontario. Il vient de passer neuf années dans le système, dont six et demie en détention solitaire, et il est encore en prison. Il ne reçoit aucun traitement. Quand vous parlez de fermer les institutions — les gens qui gèrent celle-là veulent se débarrasser de lui. S'il ne peut pas rester à l'hôpital où il est — et, comme l'a dit son avocat, on a construit Penetang pour des gens comme lui — où va-t-il aller? Je me bats pour qu'il retourne à l'hôpital. Chaque année depuis neuf ans, notre commission a rendu une ordonnance pour qu'il soit détenu dans un hôpital mais les tribunaux se moquent complètement de nous et l'ont mis en prison.

Le sénateur Pépin : Votre Cour est fantastique. Qui paye les services que vous dispensez?

Judge Schneider: The court was originally started up with no new resources and no money, no budget. That happened as a result of work with a colleague of mine, Justice Ormston, who was actually a sitting judge. I have only been a judge for four years.

Judge Carruthers: Just a kid.

Senator Pépin: He is a kid, yeah.

Judge Schneider: I was working on the protocol for the court as a lawyer, not as a judge. What it really consisted of was, first of all, the cooperation of the chief justice and the senior regional justice, to hand us over the space, in terms of the physical plant in the courthouse — which coincidentally was perfectly suited because it had adjoining cells attached to the courtroom, so that the people were kept out of general population, and on the other side of the courtroom, offices for the psychiatrist and the court mental health workers, which I have not told you about yet.

The court is also staffed by mental health workers, who are social workers who help reconnect people that come through the court back into the system that they have become unplugged from or that was just not serving them well.

Senator Pépin: Who pays?

Judge Schneider: Sorry, I am wandering all over the place. It was just a redeployment of existing resources — through the cooperation of a number of different partners, largely the Centre for Addiction and Mental Health in Toronto, who were doing these assessments anyway but on an in-patient basis. Hence, we are taking the same personnel but having them come downtown to the courthouse, do the same work but on a stand-down basis rather than wait for the accused to be delivered and stay in their facility for the purposes of the same assessment. We had agencies who were also serving the same population as part of their mandate but again move on-site.

It was then a matter of getting the cooperation of the Ontario Legal Aid office to put in a dedicated number of lawyers that would be there on staff in the courtroom, which we did obtain, a dedicated Crown attorney. We got special training for guards, clerks. So, it sort of evolved and jelled as time went on.

Judge Carruthers: It was a lovely thing to behold, the final day that we sort of put the pieces together. There were over 70 people assembled in one of the courtrooms at the Old Courthouse in Toronto. I sat there and looked around and thought about how we had accomplished so much in that short period of time. Everyone was so eager to have this thing work. However, we cannot forget, three ministers also became involved — Corrections, AG, and Ministry of Health. The coordination was wonderful. Everyone was ready to go.

Senator Pépin: As was mentioned, there is a lack of knowledge from the Corrections people who work in those penitentiaries. As we said, when the psychiatric hospitals closed, we find more mentally disordered people in the penitentiaries. Given your experience in organizing the court, what would you tell us we can

Le juge Schneider : Au départ, la Cour n'avait aucune ressource, pas d'argent, pas de budget. Elle a été créée grâce au travail d'un de mes collègues, le juge Ormston qui est un juge siégeant. Je ne suis juge que depuis quatre ans.

Le juge Carruthers : C'est un enfant !

Le sénateur Pépin : Absolument.

Le juge Schneider : J'ai travaillé sur le protocole de la Cour quand j'étais avocat, pas juge. Il a d'abord fallu obtenir la coopération du juge en chef et du juge régional principal pour qu'ils nous donnent des locaux au tribunal — ce qui était parfait parce qu'il y avait des cellules à côté du tribunal et que les gens pouvaient donc être isolés de la population générale; de l'autre côté, il y avait des bureaux pour les psychiatres et pour les travailleurs judiciaires en santé mentale, dont je ne vous ai pas encore parlé.

Il y a en effet à la Cour des travailleurs en santé mentale qui sont des travailleurs sociaux aidant les gens à reprendre contact avec le système dont ils sont sortis ou qui ne les pas bien servis.

Le sénateur Pépin : Qui paye?

Le juge Schneider : Veuillez m'excuser, je parle de tout et de rien. On a réaffecté des ressources existantes — grâce à la coopération de plusieurs partenaires, notamment le Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto, qui faisait de toute façon les évaluations, mais dans un contexte hospitalier. Ce sont donc les mêmes personnes qui viennent au tribunal et qui font le même travail, mais sur place au lieu d'attendre que l'accusé leur soit livré et reste dans leur établissement pour être analysé. Nous avons aussi eu des agences qui servaient la même population et qui viennent maintenant sur place.

Il s'agissait ensuite d'obtenir la coopération de l'Aide juridique de l'Ontario pour qu'un certain nombre d'avocats soient affectés à la Cour, et nous avons obtenu un procureur de la Couronne qui nous est réservé. Nous avons aussi obtenu une formation spéciale pour les gardes et les commis. Les choses ont évolué avec les années.

Le juge Carruthers : Ce fut une chose remarquable à voir, le dernier jour, quand toutes les pièces du casse-tête furent mises en place. Il y avait plus de 70 personnes réunies dans une salle de tribunal de la Old Courthouse de Toronto. J'y étais et je me suis demandé comment nous avions réussi à accomplir tant de choses en si peu de temps. N'oubliez pas cependant que 3 ministres sont également intervenus — des Services correctionnels, du Procureur général et de la Santé. La coordination était magnifique. Tout le monde était prêt à agir.

Le sénateur Pépin : Comme on l'a dit, le personnel des établissements pénitentiaires manque de connaissances dans ce domaine. Comme des hôpitaux psychiatriques ont fermé leurs portes, on trouve plus de personnes souffrant de troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires. Considérant l'expérience

do to help those people who are inside? How can we get organized? How can those things be organized to help those people?

Judge Schneider: I guess it depends on what point along the stream you are talking about intervening. Are you talking about the people who are already there?

Senator Pépin: Yes.

Judge Schneider: I am no expert on the penitentiary system, but it would be a matter of injecting into that system better resources, better staff, better treatment possibilities, situations that are more of a quasi-hospital environment. However, the prophylactic intervention and the best spent buck is not in the jails, not in a mental health court. It is in beefing up the civil mental health system. If the civil mental health system has a tight net that holds on and adequately services the population, one would expect that there will be far fewer of them coming through the courthouse doors and from the courthouse to the review board to the penitentiary. So, ideally, the best spent money is in civil mental health care, creating a comprehensive, potent, civil mental health care system.

You have got people, as you are recognizing, who are already through the door. So, it is a question of what to do with them, looking after them while they are in. Again, the same problem that we are talking about with the Mental Health Court, in terms of discharge planning, equipping them, plugging them back in prior to discharge so that there is a safety net for them when they return to the community and so that you are not simply releasing them out onto the streets like we had been doing out of the courthouse here in their orange suit and expecting them to survive.

Senator Pépin: They told us that they do not have any services.

Judge Schneider: They have to be reconnected if there is any hope at all of them staying afloat on their own successfully in the community.

The Chairman: Judge Schneider, how many judges are there in the Mental Health Court?

Judge Schneider: There are no formal numbers. There is a handful who have got a special interest, probably four or five who rotate through the court. I am probably there 50 or 60 per cent of the time, and there is another judge that I referred to, Ted Ormston, who is in there probably 40 per cent or 50 per cent of the time.

The Chairman: The rest of your time you are hearing traditional Trial Division, Supreme Court cases; is that right?

Judge Schneider: I am in the Ontario Court of Justice, which would be our Provincial Court.

The Chairman: The old Court of Queen's Bench.

Judge Schneider: No. It would be our old Provincial Court, which is where 98 per cent of the criminal action begins and ends. Very little of it goes to Superior Court now.

que vous avez acquise avec la création de cette Cour, que pourriez-vous nous dire pour aider les personnes qui sont à l'intérieur? Comment pouvons-nous nous organiser? Comment pouvons-nous organiser les choses pour aider ces personnes?

Le juge Schneider : Tout dépend de l'étape à laquelle vous voulez intervenir. Voulez-vous parler des gens qui sont déjà à l'intérieur?

Le sénateur Pépin : Oui.

Le juge Schneider : Je ne suis pas un expert du système pénitencier mais je pense qu'il s'agit de lui donner des ressources, un meilleur personnel, de meilleures possibilités de traitement, dans des situations correspondant à un environnement quasi hospitalier. Toutefois, l'intervention prophylactique la plus efficace ne proviendra pas des prisons ni de la Cour de la santé mentale. Elle proviendra de l'amélioration du système civil de la santé mentale. Si le système civil de santé mentale possède un filet serré et offre des services adéquats à la population, on peut penser qu'il y aura beaucoup moins de patients qui passeront par le tribunal puis devant la Commission d'examen et au pénitencier. Idéalement, c'est dans le système civil de santé mentale que l'investissement peut être le plus productif.

Comme vous l'avez dit, il y a des gens qui sont déjà dans le système. La question est donc de savoir ce qu'on va faire avec eux. C'est la même chose pour la Cour de la santé mentale dans la mesure où il s'agit de préparer leur sortie, de les équiper comme il faut avant la sortie afin qu'il y ait un filet de sécurité pour eux lorsqu'ils retournent dans la communauté et de ne pas simplement les jeter à la rue avec une combinaison orange en espérant qu'ils survivront.

Le sénateur Pepin : Ils nous ont dit qu'ils n'ont aucun service.

Le juge Schneider : Il faut rétablir leur lien avec la communauté si l'on veut qu'ils aient la moindre chance de s'y réinsérer avec succès.

Le président : Juge Schneider, combien de juges y a-t-il à la Cour de la santé mentale?

Le juge Schneider : Le nombre n'est pas fixe. Il y en a quelques-uns qui ont un intérêt spécial, probablement quatre ou cinq qui y travaillent à tour de rôle. J'y suis probablement de 50 p. 100 à 60 p. 100 du temps, et il y a un autre juge, Ted Ormston, qui y est probablement pendant 40 p. 100 ou 50 p. 100 du temps.

Le président : Le reste de temps, vous vous occupez donc de procès traditionnels en première instance à la Cour suprême?

Le juge Schneider : Je suis à la Cour de justice de l'Ontario, qui est notre Cour provinciale.

Le président : L'ancienne Cour du banc de la Reine.

Le juge Schneider : Non, c'est notre Cour provinciale, où 98 per cent des affaires pénales sont entendues. Il y a très peu de causes qui vont en Cour supérieure aujourd'hui.

Senator Callbeck: I want to ask some questions about Bill C-10 — which I am sure you are very familiar with. It is at second reading in the Senate right now. It will be going to a standing committee for examination. You may be appearing, I do not know. However, I should like to get your overall view on that because it gives the review boards a lot more powers as well as the police. I would particularly like to hear your comments about how it changes the impact statement for victims where the person that committed the crime is charged to be not responsible.

Judge Carruthers: To begin with, we had the privilege of attending before the committee and making representations. The increase in power that you talk about as far as boards are concerned relates to assessments, and it is really plugged into a major problem that existed with people who were found unfit to stand trial and were never going to be found fit to stand trial. Year in, year out, we just had to keep processing them, and it was not right.

In that bill, there is a mechanism whereby the review board can release an individual out of the system, if the individual is not a significant threat to the safety of the public and is not going to be treatable.

As far as impact statements are concerned, I think there is a meeting going on in two weeks with the Ministry of Justice in Ottawa to deal with them. I am not so sure that that really is going to affect us. We get impact statements. We get victims coming and we listen to them, and to the extent that they are relevant, we apply them. However, unfortunately, I have to say very candidly, they are very seldom relevant to the issues that we are trying to decide. Nevertheless, they are heard, and we try to marshal them through the representative of the Attorney General, who is a party to each proceeding before us, because he represents the community.

The one concern we have is that we do not think we should be going out to get the impact statements, nor do we think there should be a new impact every year. I do not know if that answers your question or supplies any information you need.

Perhaps Richard may want to add something.

Senator Callbeck: I just wondered if you had seen a copy of Bill C-10 and whether there were any powers that you felt the review board should have.

Judge Schneider: As Justice Carruthers indicated, we went to the parliamentary committee with a rather long shopping list of amendments in the code that would, from our perspective, really make the system work a lot better and reduce the amount of time that people would spend in the system.

They picked up partially on the ability of the review boards to order assessments. The provisions, if you have read them, are unnecessarily limited. I do not have a copy of C-10 in front of me, but they are limited to situations where there is no current report before the board or where one has not been prepared in the last 12 months.

Le sénateur Callbeck : Je voudrais vous poser quelques questions sur le projet de loi C-10 — que vous connaissez certainement très bien. Il est actuellement en deuxième lecture au Sénat et il passera ensuite devant un comité permanent. Vous serez peut-être appelé à témoigner, je ne sais pas. J'aimerais savoir ce que vous en pensez, d'un point de vue général, car il donnera beaucoup plus de pouvoirs aux commissions d'examen ainsi qu'à la police. J'aimerais tout d'abord savoir ce que vous pensez des changements concernant les déclarations des victimes, dans le cas d'accusés non criminellement responsables.

Le juge Carruthers : D'abord, nous avons déjà eu le privilège d'y témoigner. L'élargissement des pouvoirs dont vous parlez, au sujet des commissions, concerne les évaluations et il règle un problème important qui existait auparavant avec les personnes qui étaient jugées inaptes à subir leur procès et qui n'avaient aucune chance d'être jamais jugées aptes à le subir. Ces personnes revenaient continuellement devant la Commission, année après année, ce qui n'était pas normal.

Ce projet de loi prévoit un mécanisme qui permettra à la Commission d'examen d'ordonner la mise en liberté de ces personnes si elles ne posent aucune menace sérieuse à la sécurité publique et qu'il n'y a aucune chance réelle de pouvoir les traiter.

En ce qui concerne les déclarations des victimes, je pense qu'une réunion est prévue à ce sujet dans deux semaines avec le ministère de la Justice à Ottawa. Je ne suis pas sûr que cela nous concerne directement. Nous recevons des déclarations de victimes et nous en tenons compte quand elles sont pertinentes. Je dois cependant dire qu'elles portent rarement sur les questions qui nous préoccupent. Néanmoins, nous essayons de les obtenir par le truchement du représentant du Procureur général, qui est partie à la procédure dont nous sommes saisis parce qu'il représente la communauté.

Notre seule préoccupation est que nous ne pensons pas qu'il nous appartienne de solliciter des déclarations des victimes, ni qu'il devrait y en avoir une nouvelle chaque année. Je ne sais pas si cela répond à votre question.

Richard a peut-être quelque chose à ajouter.

Le sénateur Callbeck : Je me demandais simplement si vous aviez vu le projet de loi C-10 et si vous pensez qu'il y a certains pouvoirs que la Commission d'examen devrait détenir.

Le juge Schneider : Comme l'a dit le juge Carruthers, nous sommes allés devant le comité parlementaire avec une liste assez longue d'amendements au Code qui, selon nous, permettraient au système de fonctionner beaucoup mieux et réduiraient le temps que les gens y passent.

Le comité a retenue en partie la possibilité pour les commissions d'examen d'ordonner des évaluations. Les dispositions actuelles sont inutilement restrictives. Je n'ai pas le texte du projet de loi devant moi mais elles sont limitées aux cas où la Commission n'a aucun rapport devant elle et où aucun rapport n'a été préparé depuis 12 mois.

In any event, what I would have recommended was that the board — since the courts rarely, upon a verdict of either unfit to stand trial or not criminally responsible, make an initial disposition and leave it to the review boards. To leave the review board in a position where it does not have, in the spirit of *Winko*, the full ability to order assessments is really inconsistent with the reasoning of the Supreme Court.

Just to put this into perspective, it was obviously written by someone who did not understand how the system worked. There is often a report available that has been produced within the last 12 months. The question is whether it is directed to the issues that we have to decide as a review board. I am saying “we” now because I am also an alternative chairman of the Ontario Review Board and the Nunavut Review Board. The reports that would have been prepared and attached to the information or indictment would have gone to the issue of fitness to stand trial or criminal responsibility. They would not have gone to the issue of least onerous, least restrictive disposition, which is what the board has to decide.

Particularly with respect to the unfits, the fact that somebody had been seen and an opinion offered with respect to fitness over the last 12 months is really next to irrelevant because fitness is something that fluctuates as a function of the individual's clinical condition; it can change day-to-day, hour-to-hour. So, to limit the board's ability to order assessments in the way that it has been done in C-10 I think is unnecessarily restrictive. I would have simply altered the wording in 672.11 and put in beside “court,” “or review board”. It would have been the simplest way around it.

The biggest one that was missed in C-10 though, quite apart from the ability to make assessment orders, was the ability of the board to treat accused who come through the system as unfit. Now, we do this quite aggressively in the Mental Health Court because we have got practitioners who are very familiar with the legislation and comfortable in applying it, but if you go outside of this little area here, you will find that treatment orders are generally not made by the court, which means that the accused goes to the provincial or territorial review board as unfit and stays within the jurisdiction of the provincial or territorial review board until they are fit. When the board does not have the ability to order treatment, the same way that the court would have under 672.58, that means that the province or territory where the accused is housed has to rely on whatever the local civil legislation is in order to get them treated. This means that you are going to have somebody unfit staying in the system three, four, five times as long as they would have had the board had just been able to order that they be treated for a period of up to 60 days the same way the courts can under .58. If the board — which you will remember is made up of a panel of experts — had the same powers as the courts under .58, you would see the unfit people staying in the system for much shorter periods of time. We strongly advocated for that and it just did not receive a mention.

Quoi qu'il en soit, ce que j'aurais recommandé, c'est que la Commission — parce que les tribunaux prennent rarement une décision initiale quand on conclut que la personne est inapte à subir son procès ou qu'elle n'est pas criminellement responsable, et qu'ils s'en remettent alors à la Commission... Laisser la Commission d'examen sans le pouvoir, dans l'esprit de *Winko*, d'ordonner une évaluation serait tout à fait contraire au raisonnement de la Cour suprême.

Il me semble évident que le texte a été rédigé par quelqu'un qui ne comprenait pas comment fonctionne le système. Il y a souvent un rapport qui a été produit dans les 12 derniers mois. La question est savoir s'il porte bien sur les questions au sujet desquelles nous serons appelés à prendre une décision. Et je dis « nous » parce que je suis aussi président suppléant de la Commission d'examen de l'Ontario et de la Commission d'examen du Nunavut. Le rapport joint à la mise en accusation porte normalement sur l'aptitude à subir le procès ou sur la responsabilité criminelle, pas sur le choix de la solution la moins onéreuse et la moins restrictive, ce qui est précisément ce que doit décider la Commission.

En ce qui concerne les inaptes, le fait que quelqu'un les ait examinés et ait donné un avis au cours des 12 derniers mois sur leur inaptitude n'est pas pertinent parce que l'inaptitude est une chose qui fluctue avec l'état clinique du patient. Elle peut changer de jour en jour, d'heure en heure. Donc, limiter le pouvoir de la Commission d'ordonner une évaluation comme on le fait dans le projet de loi est inutilement restrictif. Je pense qu'il aurait suffi de modifier légèrement le texte de l'article 672.11 en ajoutant « ou commission d'examen » après le mot « cour ». C'était la solution la plus simple.

Le plus gros problème du projet de loi, à part la possibilité d'ordonner des évaluations, concerne la possibilité pour la Commission de traiter l'accusé comme une personne inapte. Nous faisons cela de manière très agressive à la Cour de la santé mentale parce que nous avons des praticiens qui connaissent très bien la législation et qui savent comment l'appliquer mais, si vous sortez de ce petit domaine, vous constaterez que les ordonnances de traitement ne proviennent généralement pas du tribunal, ce qui signifie que l'accusé est jugé inapte par la Commission d'examen provinciale ou territoriale et qu'il reste sous sa juridiction jusqu'à ce qu'il devienne apte à subir son procès. Si la Commission n'a pas la possibilité d'ordonner un traitement, comme le tribunal peut le faire en vertu de l'article 672.58, cela signifie que la province ou le territoire où réside l'accusé dépend de la législation civile locale pour pouvoir le faire traiter. Donc, vous avez une personne inapte qui restera dans le système 3, 4 ou 5 fois plus longtemps que si la Commission avait le pouvoir d'ordonner qu'elle soit traitée pendant une période pouvant atteindre 60 jours comme les tribunaux peuvent le faire en vertu de .58. Si la Commission — qui, comme vous le savez, est composée d'experts — avait les mêmes pouvoirs que les tribunaux en vertu de .58, vous constateriez que les personnes inaptes resteraient beaucoup moins longtemps dans le système. Nous recommandons vigoureusement cette solution mais elle a à peine été prise en considération.

The other major flaw, and I do not think it was addressed in Bill C-10, was altering the definition of “unfit to stand trial” to include the window up to and including the end of sentencing. I think it remains untouched as going to the end of the verdict, which leaves a legal lacuna if the accused happens to post-verdict get unfit prior to being sentenced.

There is a decision by the name of *Balliram* from Ontario Superior Court, a decision of Justice McWatt, who actually reads in an expanded interpretation of section 2 dealing with “unfit to stand trial”. We were hoping that Parliament would pick up on that in C-10 but they did not.

Judge Carruthers: From a practical point of view, many times a person has decompensated after verdict, pending, say, a dangerous offender application. You are in irons because the person is not qualified or capable of being sentenced, but he has been convicted, and it is crazy to not extend the definition as Richard says from “verdict” to include “sentence,” and then the whole thing is covered.

Senator Keon: I am a doctor, and I have to admit that I do not understand this process very well. However, I do congratulate you for what you are attempting to do.

Moving back a step, it seems to me it is a terrible problem for somebody who is mentally ill, especially if they are young, to get involved in the criminal justice system. It is almost an end-of-life situation if they get convicted. As you know, they cannot get into any of the professions in university. Their job opportunities are so incredibly limited and so forth that their life is practically ruined. For a young person to get caught in that is such a disaster.

Judge Carruthers: Can I just stop you for a moment there?

Senator Keon: Yes.

Judge Carruthers: You may be right in certain respects, but I should like to draw something to your attention. You all probably remember a young man who shot and killed a broadcaster in Ottawa.

The Chairman: Brian Smith was the broadcaster’s name.

Judge Carruthers: The young man’s name was Jeffrey Arenburg. He is still within our system. For five years, he went between Nova Scotia and Ontario pleading for someone to do something for him. He felt that the media were governing his thoughts and broadcasting his thoughts to his friends, and he was suffering as a result. He was turned down. He never got any treatment. The courts let him go. Hospitals let him go. He thought that if he could get before a judge he could explain what was going on and that everything would be fine. So, he packed up his rifle and drove to the CJOH-TV parking lot in Ottawa, and waited for someone to come out. Brian Smith, who Arenburg did not know, came out of the building and Arenburg fired two shots, one that went right through his forehead. Brian Smith died.

L’autre problème majeur du projet de loi C-10, je crois, est que l’on pas modifié la définition de l’inaptitude à subir le procès de façon à y inclure la période allant jusqu’à la fin du processus sentenciel. Je pense que l’on a conservé la définition qui dit que c’est jusqu’à la fin du verdict, ce qui laisse un vide juridique dans les cas où l’accusé devient inapte après le verdict mais avant la sentence.

Dans l’arrêt *Balliram* de la Cour supérieure de l’Ontario, le juge McWatt a interprété l’article 2 en élargissant la définition de l’inaptitude à subir le procès. Nous avions espéré que le législateur s’en inspire mais il ne l’a pas fait.

Le juge Carruthers : En pratique, il arrive souvent qu’une personne ait décompensé après le verdict, par exemple en attendant une demande de déclaration de délinquant dangereux. Vous êtes alors coincé car la personne est inapte à recevoir une sentence mais elle a été condamnée, et il est complètement absurde de ne pas étendre la définition, comme le propose Richard, de « verdict » à « sentence », ce qui réglerait tout le problème.

Le sénateur Keon : Je suis médecin et je dois admettre que je ne comprends pas bien tout ce processus. Je vous félicite cependant pour ce que vous essayez de faire.

Ça doit être terrible pour une personne souffrant de trouble mental, surtout si elle est jeune, d’être impliquée dans le système de justice pénale. Si elle est condamnée, c’est presque une situation de fin de vie. Comme vous le savez, ces personnes ne peuvent pas faire d’études universitaires. Leurs possibilités d’emploi sont incroyablement limitées et leur vie est pratiquement ruinée. Pour un jeune, c’est une catastrophe.

Le juge Carruthers : Puis-je vous interrompre un instant?

Le sénateur Keon : Oui.

Le juge Carruthers : Vous avez peut-être raison à certains égards mais j’aimerais attirer votre attention sur quelque chose. Vous vous souvenez probablement tous du jeune homme qui a tiré avec une arme à feu sur un journaliste de la télévision, ici même, à Ottawa, et qui l’a tué.

Le président : C’était Brian Smith.

Le juge Carruthers : Le jeune homme s’appelait Jeffrey Arenburg et il est encore dans notre système. Pendant cinq ans, il a fait la navette entre la Nouvelle-Écosse et l’Ontario en implorant qu’on fasse quelque chose pour lui. Il croyait que la télévision contrôlait ses pensées, ce dont il souffrait. Tout le monde l’a rejeté. Il n’a jamais reçu aucun traitement. Les tribunaux l’ont rejeté. Les hôpitaux l’ont laissé partir. S’il pouvait passer devant un juge, pensait-il, il pourrait expliquer sa situation et tout irait bien. Il a donc pris son arme à feu et s’est rendu sur le terrain de stationnement de CJOH-TV à Ottawa en attendant que quelqu’un sorte de l’immeuble. C’est Brian Smith, qu’Arenburg ne connaissait pas, qui est sorti, Arenburg a tiré deux fois sur lui et une balle a traversé le crâne de Brian Smith qui est mort.

I use this example. Jeffrey Arenburg is now working and living in the community, because he has been treated. They have done a fantastic job with him. Within three months, he recognized he was wrong, which he did not do before.

So, to answer your concern, we have a lot of people like that who are going back into the community. He wanted to go home to Nova Scotia with his family. The Attorney General here agreed, the psychiatric commission in Nova Scotia agreed, our review board said he should go to Nova Scotia, but the Attorney General of Nova Scotia said not in my backyard, and that was the end of him.

Senator Keon: I appreciate that.

Judge Carruthers: He is now living outside of Toronto. He is not the only example, but I give you him as an example.

Senator Keon: However, you have to admit that if you were that young man's father and mother, you would not consider this a great success story. He killed a good friend of mine, and he is back in the community and I wish him well, but surely it is obvious that the system failed miserably all along the way.

Judge Carruthers: That is what Richard has just finished telling you, the civil system failed him. If he had not been failed by the civil system, he would not have become our customer.

Senator Keon: Right. I deeply appreciate what Justice Schneider is doing and what you are doing, sir, and I commend you highly. Nonetheless, I have tremendous concerns about the number of young people that are getting into the criminal justice system that, from my perspective and perception, should not be there. They should have been treated. I guess you were saying the same thing. They should have been treated for their mental illness upfront; they should not get saddled with a double whammy.

Judge Schneider: I quite agree. It is an appalling failure on the part of our society to let things go so far that they do not get treated until they are charged with a criminal offence. I could not agree with you more.

I think what Justice Carruthers is saying is that after those failures have taken place though — which, as you are pointing out, is not certainly a good thing — a lot of these people were, nevertheless, able to turn around. However, quite rightly, they should have been caught much further upstream. They should never have come through our courthouse door. They should have been captured by the civil mental health care net and kept in that system. We are a very blunt, clumsy instrument, courts. We can be brutally effective because we can make orders that people have to comply with, but it just should not get this far.

The ideal world would be one where we could close down the Mental Health Court tomorrow because we are out of business because the civil system is looking after these people the way it should. It used to be anomalous for mentally disordered people to

Songez à cet exemple. Jeffrey Arenburg travaille et vit maintenant dans la communauté parce qu'il a été traité. On a fait un travail extraordinaire avec lui. Au bout de trois mois, il reconnaissait sa faute, ce qui n'était pas le cas auparavant.

Donc, pour répondre à votre préoccupation, il y a beaucoup de gens comme lui qui retournent dans la communauté. Il voulait retourner en Nouvelle-Écosse pour être avec sa famille. Le procureur général de l'Ontario a donné son accord, la commission psychiatrique de la Nouvelle-Écosse a donné son accord, notre commission d'examen a dit qu'il devrait retourner en Nouvelle-Écosse, mais le procureur général de la Nouvelle-Écosse a refusé et tout s'est arrêté pour lui.

Le sénateur Keon : Je comprends bien.

Le juge Carruthers : Il est maintenant dans la région de Toronto. Ce n'est pas le seul exemple mais il me semble pertinent.

Le sénateur Keon : Par contre, si vous êtes le père ou la mère de ce jeune homme, vous devez reconnaître que ce n'est pas un succès remarquable. Il a tué l'un de mes bons amis et il se retrouve maintenant dans la communauté. Je lui souhaite bonne chance mais il est certainement évident que le système a lamentablement échoué dans son cas.

Le juge Carruthers : C'est exactement ce que Richard vient de vous dire : le système civil a échoué. Si le système civil n'avait pas échoué, il ne serait pas devenu notre client.

Le sénateur Keon : D'accord. J'apprécie beaucoup ce que vous faites, vous et le juge Schneider, mais je suis préoccupé par le nombre de jeunes qui entrent dans le système de justice pénale et qui, selon moi, ne devraient pas y être. On devrait les traiter. Je suppose que vous dites la même chose. On devrait traiter leur maladie mentale et non pas les matraquer une deuxième fois.

Le juge Schneider : Je suis tout à fait d'accord avec vous. C'est un échec lamentable de notre société qu'on ne soit même pas capable de traiter ces gens-là avant qu'ils ne soient accusés d'avoir commis un acte criminel. Je ne saurais être plus d'accord avec vous.

Je crois que ce que vous dit le juge Carruthers, c'est que, malgré les échecs — qui ne sont certainement pas une bonne chose, comme vous le dites — beaucoup de ces gens sont quand même capables de s'en sortir. On devrait cependant être en mesure de s'en occuper beaucoup plus tôt. Ils ne devraient jamais franchir la porte de notre tribunal. Ils devraient être rattrapés par le système civil de santé mentale et y rester. Les tribunaux sont des mécanismes extrêmement brutaux. Nous pouvons être brutalement efficaces parce que nous pouvons rendre des ordonnances que les gens sont obligés de respecter mais les choses ne devraient jamais aller aussi loin.

Dans un monde idéal, nous pourrions fermer les portes de la Cour de la santé mentale demain matin parce que le système civil réussit à s'occuper de ces gens comme il faut. Autrefois, il y a 15, 20 ou 25 ans, il était anormal que les personnes souffrant de

come through the courthouse system, if you go back 15, 20, 25 years ago, but now they are coming through in unprecedented numbers.

Senator Keon: I will repeat, I want to highly commend what you are doing. I have the greatest admiration for it, but where I would like to see our committee get to is stopping — and particularly the young — these people from getting into the criminal justice system. It is true, older people can go back into the community, and they can do fairly well. We had one of them here yesterday and he seemed quite satisfied that he is able to fit in the community, but in the case of a young person, there are so many doors closed to them that it must be the basis for tremendous depression in itself.

Judge Schneider: Right. In that regard, if I could just respond, one of the efforts that is being considered now — and we are trying to get funding from provincial and federal levels to put it in place here in the GTA — is a scheme that does not have a formal label yet but one that I call pre-arrest diversion. In other words, when the police respond to a 911 call or come across an incident on the street, they have a greater array of options.

As it stands now, when an officer arrives on scene, he can either split the parties up and send them away, arrest or apprehend the party or parties under the Mental Health Act and take them to a Schedule 1 psychiatric emergency, or lay that crummy little charge under the Criminal Code.

The ideal situation is to take the individual to the hospital and exploit the medical route. We have disincentivized — I think that is a word — the police in that regard.

Here is what happens. The officers arrive on scene or they respond to a 911 call. They pick up Johnny, who is out of control, and take him to psychiatric emergency. They wait around — and it will take two officers out of a car, one on either side of the potentially accused person. The officers wait in emergency until the psychiatric resident comes in. Generally, the resident takes a five minute look at the person, determine that he or she does not satisfy the criteria of the Mental Health Act, and the person is let go. This is after the police have invested, not exaggerating, a number of hours going through that process.

Judge Carruthers: As Richard has said, in the past, they beat the police officers to the donut shop.

Judge Schneider: Hence, now when the police they arrive on scene, it is not a matter of ignorance, not appreciating their options, it is just that they do not have the time for this.

What we have to do is create a system that will get the police more committed to exercising discretion under the Mental Health Act, or a variation of the Mental Health Act we now have. In that regard, we have to create a facility for the police to drop off an individual, who the police realize has psychiatric issues, after he or she has been apprehended. Once the individual has been dropped off, ownership, if you will, of the customer is assumed immediately, not with the issuance of some process but assumed immediately, and there is an obligation. The facility of course would have to be open 24-7. There would be an obligation, say,

troubles mentaux passent en justice mais, aujourd'hui, on en voit un nombre sans précédent.

Le sénateur Keon : Je répète que je tiens à vous féliciter pour ce que vous faites. Je vous admire beaucoup mais ce que j'attends de notre comité, c'est qu'il arrive à empêcher que ces personnes — surtout les jeunes — entrent dans le système de justice pénale. Il est vrai que les personnes plus âgées peuvent retourner dans la communauté et y fonctionner assez bien. Nous avons entendu hier quelqu'un qui semble bien fonctionner dans la communauté mais, quand il s'agit d'un jeune, tellement de portes lui sont fermées que cela doit être en soi un facteur considérable de dépression.

Le juge Schneider : Exact. L'une des choses que nous envisageons actuellement — nous essayons d'obtenir des crédits des gouvernements provincial et fédéral pour mettre cela en place à Toronto — serait un système de déjudiciarisation avant l'arrestation. Autrement dit, quand la police répond à un appel d'urgence ou à un incident dans la rue, elle aurait accès à un plus grand nombre de choix.

À l'heure actuelle, quand un agent arrive sur le lieu du conflit, il peut séparer les parties et les renvoyer, il peut arrêter les parties en vertu de la Loi sur la santé mentale ou les envoyer vers un service d'urgence psychiatrique de l'annexe 1, ou il peut porter une misérable accusation en vertu du Code criminel.

L'idéal serait d'emmener l'individu à l'hôpital et d'exploiter la solution médicale. Nous avons désincité — je crois que c'est un mot — la police à ce sujet.

Voici ce qui se passe. Les agents arrivent sur le lieu du conflit ou répondent à un appel d'urgence. Ils arrêtent Johnny, qui est incontrôlable, et l'emmènent au service psychiatrique d'urgence. Ils attendent — il faudra deux agents, un de chaque côté de l'accusé potentiel. Ils attendent à l'urgence que le résident en psychiatrie arrive. Généralement, celui-ci examinera l'individu pendant cinq minutes, déterminera s'il répond ou non aux critères de la Loi sur la santé mentale, et l'individu pourra repartir. Voilà ce qui va arriver après que la police ait investi, je n'exagère pas, plusieurs heures dans ce processus.

Le juge Carruthers : Comme le disait Richard, autrefois, ils arrivaient à la beignerie avant les agents de police.

Le juge Schneider : Maintenant, quand la police arrive sur les lieux, ce n'est pas une question d'ignorance ou de mauvaise appréciation des options, c'est simplement qu'elle n'a plus le temps.

Ce qu'il faut faire, c'est créer un système qui donnera à la police plus de possibilité de faire des choix dans le cadre de la Loi sur la santé mentale, ou de ce qui en tient lieu aujourd'hui. Ce qu'il faut, c'est créer un service où la police pourra déposer l'individu qui, selon elle, souffre de problèmes psychiatriques. Une fois arrivé là, l'individu passera d'office sous la responsabilité du service, et ce ne sera pas un choix, ce sera obligatoire. Évidemment, ce service serait ouvert 24 heures sur 24 et aurait l'obligation, dans un délai de 24 heures par exemple, de prendre une décision au sujet de l'individu, c'est-à-dire de le renvoyer à

within a window of 24 hours, to clear the person out, whether that means getting the person back to hospital, taking him or her to detox, getting them to a hospital, whatever the options might be. This facility would be charged with looking after the individuals, to reincent the police to exercise those options, because every time they do that, there is one less guy in my Mental Health Court the next morning and one less guy who, as you put it, has got a new set of criminal charges to deal with, all of which has a tremendous stigma attached to it and can have lifelong repercussions.

So, we have to work our way further and further upstream, identify these problem people, and make sure the civil mental health system kicks in and works for them immediately. That is what we are not having right now. It is not happening.

Senator Keon: We are committed, I know our chairman and all of us are committed, to try to do something about this. The police were here this morning and they are committed too, I am sure, and I know you are committed. The problem seems to be that the cracks are too big and nobody quite knows how to close the gaps.

Judge Carruthers: It is not high on the list of priorities for anybody to do anything about — and I mean, with respect to the people who can do something effectively about it, it is way down the list.

Judge Schneider: There are cracks, you are right. It requires a seamless web around the GTA, with seamless information transfer, and it requires some money. I can guarantee you that, at the end of the day, the net effect to the system as a whole, and talking provincially here, would be a savings because it costs a tremendous amount more to process the same problematic individual by pumping them through the courthouse door and looking after them that way than it would to look after them in a properly funded and resourced mental health system. It is far more expensive using the courts.

Senator Keon: I thank you both very much. I would ask of both of you — you are people of tremendous influence — every time you get an opportunity to make that point, to make it, and maybe in concert with us we can accomplish something.

Senator Trenholme Counsell: My impression, from the reading I have done and from listening, is that in the end we are going to have to rely on the interest, the dedication and the goodwill of the provincial governments.

Saskatchewan was highlighted in this report as perhaps being the best example at this point in time of what has been accomplished with community treatment orders; is that correct?

Judge Schneider: This was written in 1999, just about the time we were contemplating similar legislation in Ontario, either just before our legislation or just after it. As it turns out, the community treatment order sounded great but really is not picking up much of the slack. Theoretically, it sounded like an instrument that would have great potential and keep people out of hospital beds, but it just does not come through the way we all thought it would.

l'hôpital, ou de le placer en désintoxication, ou de l'amener à un hôpital. Ce service serait chargé de s'occuper de l'individu, de réinciter la police à prendre des décisions car, chaque fois qu'elle fait ça, c'est un individu de moins qui arrive le lendemain matin devant ma Cour de la santé mentale ou un individu de moins qui fait l'objet d'une nouvelle série d'accusations pénales, lesquelles entraînent évidemment une énorme stigmatisation pouvant avoir des répercussions durant toute la vie.

Nous devons donc faire en sorte que les cas soient traités plus en amont, en identifiant les individus ayant des problèmes, et nous assurer que le système civil de santé mentale joue son rôle immédiatement. Ce n'est pas le cas actuellement.

Le sénateur Keon : Notre comité est déterminé à faire quelque chose à ce sujet. Je sais que le président et nous tous y sommes déterminés. C'est également le cas de la police, qui était représentée ici ce matin, et je sais que c'est aussi votre cas. Le problème semble être que les lacunes du système sont trop grosses et que personne ne sait plus vraiment comment les combler.

Le juge Carruthers : Ce n'est pas une priorité très élevée pour qui que ce soit — et je dis ceci sans vouloir offenser les personnes qui peuvent vraiment y faire quelque chose. C'est vraiment loin dans la liste des priorités.

Le juge Schneider : Il y a des lacunes, vous avez raison. Il faudrait un système parfaitement efficace dans toute la région de Toronto, avec des transferts efficaces d'information, ce qui exige de l'argent. Je peux cependant vous garantir qu'un tel système permettrait de réaliser des économies considérables au palier provincial car ça coûte très cher de s'occuper du même individu problématique en le renvoyant continuellement devant un tribunal. C'est le recours aux tribunaux qui coûte le plus cher, et de loin.

Le sénateur Keon : Je vous remercie tous les deux et je vous demande — puisque vous avez énormément d'influence — de diffuser continuellement le message chaque fois que vous en aurez l'occasion, comme nous le ferons, ce qui nous permettra peut-être d'accomplir quelque chose ensemble.

Le sénateur Trenholme Counsell : Après avoir lu des rapports à ce sujet, j'ai l'impression que nous allons devoir nous en remettre à l'intérêt, au dévouement et à la bonne volonté des gouvernements provinciaux.

La Saskatchewan est mise en exergue dans ce rapport et c'est peut-être le meilleur exemple disponible de ce qu'on peut accomplir avec des ordonnances de traitement communautaire. Est-ce que je me trompe?

Le juge Schneider : Le rapport a été produit en 1999, juste au moment où nous envisagions une législation similaire en Ontario. On a constaté que les ordonnances de traitement communautaire, qui semblaient très bien, n'ont pas beaucoup changé les choses. En théorie, c'est un instrument qui offrait un potentiel considérable pour que les gens ne soient pas hospitalisés mais, en réalité, les résultats n'ont pas été à la hauteur de ce qu'on espérait.

Judge Carruthers: It is not an order to begin with. It is a consensual document and people, are not consenting. You cannot order people to go to the hospital. I was asked how it affects the operation of our board, and I said we have forgotten all about them, we never hear about them — that is how useful they have been.

I do not think, Richard, you have seen very much.

Judge Schneider: No.

Senator Trenholme Counsell: Am I correct in saying that, in the end, it rests with the provinces? Our committee will do its best to bring all this to the fore, through our report, but it becomes a provincial responsibility; correct?

Judge Schneider: There are things you can do to make the criminal justice system work better — for example, the tweaks we talked about in C-10. However, if you want to keep people out of the criminal justice system, the provinces and the territories have to beef up their civil mental health care. Whether that is something that the federal government would support by way of helping with the financing, I do not know. However, it is certainly, yes, a matter of provincial legislation, that is for sure.

Judge Carruthers: We were \$28,000 short when we put that court together, to ensure that we had enough social workers, and the Ministry of Health said, “No, we are not paying any more.” I think it was \$28,000 more that we needed. What happened was the rest of the ministries were so embarrassed that they threw the money into the pot, but the Ministry of Health still has not paid for it. We were charged \$34,000, our own board, to create a system.

Judge Schneider: We put 2,000 to 3,000 people through the court a year.

Senator Trenholme Counsell: You refer to the trial of Andrew Goldstein, and the judge’s comments in that trial. I will read them: “I have no doubt that some day, probably after we are all gone, people will look back at our treatment of mental illness under the law and be shocked and appalled.”

Judge Carruthers: That is a New York judge.

The Chairman: Why do you think the Mental Health Court experiment has not been copied elsewhere in Canada?

Judge Schneider: There are a couple of reasons. First of all, to redeploy the resource that we have in downtown Toronto, you do need the economies of scale, a critical mass in one spot to justify it. In other words, you need certain volume in order to defend putting a psychiatrist into court every day of the week.

The Chairman: That volume would exist I presume in Winnipeg, in Vancouver, in Montreal and probably in Calgary.

Le juge Carruthers : Tout d’abord, ce n’est pas une ordonnance. C’est un document consensuel et les gens ne donnent pas leur consentement. Vous ne pouvez pas ordonner à quelqu’un d’aller à l’hôpital. Quelqu’un m’a demandé quel effet cela avait pu avoir sur le fonctionnement de notre Commission et j’ai dit que nous les avons complètement oubliées, nous n’en entendons plus parler — voilà leur efficacité.

Vous n’en avez pas vu beaucoup, Richard?

Le juge Schneider : Non.

Le sénateur Trenholme Counsell : Ai-je donc raison de dire que tout relève en fin de compte des provinces? Notre comité bien faire tout son possible mais c’est quand même une responsabilité provinciale, n’est-ce pas?

Le juge Schneider : Ils y a des choses que nous pouvons faire pour rendre le système de justice pénale plus efficace — comme les petites modifications dont nous avons parlé au sujet du projet de loi C-10. Par contre, si vous voulez que les gens n’entrent pas dans le système de justice pénale, il va falloir que les provinces et les territoires améliorent leur système civil de santé mentale. Je ne sais si le gouvernement fédéral peut les y aider en leur accordant une aide financière mais c’est incontestablement une question de législation provinciale.

Le juge Carruthers : Quand nous avons créé la Cour, il nous manquait 28 000 \$ pour nous assurer d’avoir suffisamment de travailleurs sociaux, et le ministère de la Santé a dit : « Non, nous ne payons plus. » Je crois qu’il nous manquait 28 000 \$. Heureusement, les autres ministères ont été tellement embarrassés qu’ils ont mis de l’argent dans la caisse, mais le ministère de la Santé n’a toujours rien payé. On nous a facturé 34 000 \$ pour créer un système.

Le juge Schneider : Il y a 2 000 à 3 000 personnes qui passent devant la Cour chaque année.

Le sénateur Trenholme Counsell : Vous avez parlé du procès de Andrew Goldstein et des commentaires du juge. Voici ce que j’ai lu : « Je n’ai absolument aucun doute que les gens se pencheront un jour sur la manière dont nous avons traité la maladie mentale — nous serons peut-être tout disparus ce jour-là — et seront absolument effarés. »

Le juge Carruthers : C’est un juge de New York.

Le président : D’après vous, pourquoi l’expérience de la Cour de la santé mentale n’a pas été reproduite ailleurs au Canada?

Le juge Schneider : Il y a plusieurs raisons à ça. Premièrement, pour réaffecter les ressources que nous avons au centre-ville de Toronto, il faut pouvoir faire des économies d’échelle et avoir une masse critique. Autrement dit, il faut un certain volume pour justifier qu’un psychiatre soit présent au tribunal chaque jour de la semaine.

Le président : Je suppose que ce volume existe à Winnipeg, à Vancouver, à Montréal et probablement à Calgary.

Judge Schneider: I went out to Alberta — they were talking about a pilot project in either Calgary or Edmonton — about four or five years ago, but I have not heard that one has ever lifted off the ground.

I know they are talking about an experiment in Vancouver. They are talking as we speak about one in Ottawa. There is one in New Brunswick. You have to be careful, if researchers are taking a look at the literature, because there are a number of different paradigms that all share the same name “mental health court.” If you get into the literature and you start looking south of the border, you will see that there hundreds of them down there, but they are a completely different model with a completely different mandate. They are all based on the American drug court system, and what those courts are doing is really providing an alternative to what would otherwise be conventional sentencing. They are voluntary. They presuppose the two basic psycho-legal issues that we are looking at, namely, fitness to stand trial and criminal responsibility. Both of those have to be assumed if you are going to contemplate a guilty plea. So, it is a completely different thing. The one in New Brunswick is based more on the American model. It is not at all what we are doing here.

So, to answer your question, yes, in the major urban centres in Canada there would be a population sufficient to justify a court like this.

The Chairman: What was the biggest hurdle you had to get over? That will tell those of us who have been bureaucrats where the resistance lies? What was the biggest single hurdle you had?

Judge Schneider: Getting all the ministries and silos to cooperate. First of all, there is a general resistance to change anyway, whether it is going to be good or bad. There is tremendous inertia in a system and you can point out a million reasons why another scheme might be better, but it will be resisted just because it is change.

The other factor is that if we have got 10 people around a table, a couple of their budgets may go up, but four or five may go down. So, it is a question of getting the people whose budgets are going to go up to agree to a system where the net effect will be a saving. So, in order to make something like this work — because in Ontario at least every dollar spent in the province comes through a ministry budget, other than the ombudsman's office. Hence, you need somebody with omni-ministerial ability to rob people's back pockets and spend money where they are convinced that, even though his budget is going up and that one is going down, the net effect will be a saving. If you have somebody with that sort of power, you can make something like this work.

The Chairman: In your case, I presume the chief justice was instrumental in this. His support was critical.

Judge Schneider: That is right. His support was critical. As I said, when we did start up, although specific budgets have been allocated since the court started and has expanded. When we started, all we needed was \$28,000.

Le juge Schneider : Je suis allé en Alberta il y a quatre ou cinq ans — on parlait d'un projet pilote à Calgary ou à Edmonton mais je ne pense pas qu'il ait jamais vu le jour.

Je sais qu'on parle d'un projet pilote à Vancouver et à Ottawa. Il y en a un au Nouveau-Brunswick. Il faut faire attention car il y a un certain nombre de paradigmes différents qui partagent le même nom « Cour de la santé mentale ». Si vous lisez les études et que vous voyez celles qui viennent des États-Unis, vous verrez qu'il y a là-bas des centaines d'exemples mais qu'il s'agit de modèles complètement différents, avec des mandats complètement différents. Ils sont tous basés sur le système américain de justice dans les affaires de drogue, et leur rôle consiste seulement à offrir une solution de remplacement des sentences traditionnelles. C'est volontaire. Les deux questions psycho judiciaires fondamentales qui nous préoccupent, l'aptitude à subir son procès et la responsabilité criminelle, sont tenues pour acquises. On considère que ces deux éléments sont présents pour envisager un plaidoyer de culpabilité. C'est donc complètement différent. Le système du Nouveau-Brunswick s'inspire du modèle américain. Ce n'est pas du tout ce que nous faisons ici.

Donc, pour répondre à votre question, il est vrai qu'il y a probablement dans les grands centres urbains du Canada une population suffisante pour justifier une telle cour.

Le président : Quel a été le plus gros obstacle que vous ayez eu à surmonter? Cela nous dira, à ceux d'entre nous qui ont été des bureaucrates, où se trouvent les points de résistance.

Le juge Schneider : Obtenir que les ministères et services isolés acceptent de coopérer. Il y a de toute façon dès le départ une résistance naturelle au changement, qu'il soit bon ou mauvais. Il y a une inertie considérable dans le système et on peut trouver des millions de raisons pour dire qu'un autre système ne sera pas meilleur. Il y aura une résistance simplement parce que c'est un changement.

En outre, si vous avez 10 personnes autour d'une table, certaines auront un budget en augmentation et d'autres, en diminution. Il faut donc réussir à convaincre les personnes dont les budgets augmentent que le résultat net du changement sera une économie. Pour faire marcher quelque chose comme ça — car, en Ontario en tout cas, chaque dollar dépensé dans la province provient du budget d'un ministère, sauf dans le cas du bureau du médiateur. Il faut donc trouver quelqu'un qui a un pouvoir omni ministériel de prendre l'argent dans les poches des ministères et de le dépenser là où il est convaincu qu'il pourra faire des économies, même si certains budgets augmentent et d'autres diminuent. Si vous avez quelqu'un qui possède un tel pouvoir, ça peut peut-être marcher.

Le président : Dans votre cas, je suppose que le juge en chef vous a donné un appui crucial.

Le juge Schneider : Vous avez raison. Son appui a été crucial au début et des budgets spécifiques ont maintenant été établis, depuis que la Cour a été créée et a élargi ses fonctions. Quand nous avons commencé, nous n'avions besoin que de 28 000 \$.

Judge Carruthers: We really made a silk purse out of a sow's ear in creating that court, and I think what helped a great deal was that the three ministers involved could see an awful lot of political benefit from something that was not going to cost a lot of money. When they saw that, they jumped on board and helped us a great deal. Up until then, however, we were relying on people who did not really have the ability to pull the trigger.

The Chairman: Hence, it really took huge political will to get it done.

Senator Pépin: We know that in other countries visible minorities are living with very serious mental health problems. We know that in some places a member of a minority group will face six times more chance of being detained under the Mental Health Act.

Since Ontario is a province where there is a large number of visible minorities, are you facing a similar situation? Do you feel that it is a situation that has repeated itself here or not?

Judge Carruthers: I am not aware that we have an inordinate amount of minorities that you are speaking about in our system. Both Richard and I are involved in the Nunavut Review Board as well, so we are up there quite often. If you want to see tragedy in life, go there. It is a bad scene. We are dealing with people with fetal alcohol syndrome and that sort of thing up there. Naturally, all our people up there are minorities, with the exception of very few.

However, in Ontario, I am not aware that we are having an inordinate number of First Nations or visible minority people in our system.

Judge Schneider: I am not aware of the data. I am sure it exists. Certainly, with respect to the First Nations, they are overrepresented in the criminal justice system in general.

However, in terms of specifically the Mental Health Court, the court that I have got the most familiarity with or the review board, I do not see that visible minorities are being overrepresented there curiously at all. However, again, I have to confess, I do not have any data to back that up.

Senator Pépin: In Ontario, one person out of four belongs to a visible minority group. I was wondering if you see them.

Judge Carruthers: Certainly not in that proportion.

The Chairman: May I thank both of you for attending here. It has been very helpful to us.

Judge Carruthers: Our privilege.

The Chairman: Senators, we now move to the part of the agenda where we have walk-ons. I would ask each of you to identify yourself as you begin. You will be given two minutes to make a presentation. I do have to watch the time tonight because we are running late.

Le juge Carruthers : Nous avons fait des miracles en créant cette Cour et je pense que ce qui a beaucoup aidé, c'est que les trois ministères concernés ont pu voir qu'ils allaient en tirer beaucoup d'avantages politiques sans que ça leur coûte très cher. Quand ils ont compris ça, ils ont adhéré et ça nous a beaucoup aidés. Avant ça, cependant, nous dépendions de gens qui n'avaient pas vraiment le pouvoir de déclencher le processus.

Le président : Il a donc fallu beaucoup de volonté politique pour y arriver.

Le sénateur Pépin : Nous savons qu'il y a dans les autres pays des minorités visibles qui vivent avec de sérieux problèmes de santé mentale. Nous savons que, dans certains cas, un membre d'un groupe minoritaire aura six fois plus de risque d'être détenu en vertu de la loi sur la santé mentale.

Comme l'Ontario est une province où il y a beaucoup de membres des minorités visibles, ce problème y existe-t-il? Pensez-vous que cette situation se soit répétée ici ou non?

Le juge Carruthers : À ma connaissance, il n'y a pas dans notre système un nombre excessif de membres des minorités dont vous parlez. Richard et moi travaillons également pour la Commission d'examen du Nunavut, où nous allons souvent. Si vous voulez voir des situations tragiques, allez là-bas. C'est un désastre. Nous voyons des gens qui souffrent du syndrome de l'alcoolisme foetal et de beaucoup d'autres choses semblables. Il s'agit évidemment dans tous les cas de membres des minorités, à quelques exceptions près.

En Ontario, par contre, je ne sache pas que nous ayons un nombre excessif d'autochtones ou de membres des minorités visibles.

Le juge Schneider : Je ne connais pas les chiffres. Je suis sûr qu'ils existent. En ce qui concerne les Autochtones, il est certain qu'ils sont surreprésentés dans le système de justice pénale, de manière générale.

Pour ce qui est de la Cour de la santé mentale, qui est celle que je connais le mieux, ou de la Commission d'examen, je ne pense pas que les minorités y soient surreprésentées du tout mais, je l'admets, je n'ai pas de chiffres pour appuyer cette affirmation.

Le sénateur Pépin : En Ontario, une personne sur quatre est membre d'une minorité visible. Je me demandais s'il y en avait dans votre système.

Le juge Carruthers : Certainement pas en si grande proportion.

Le président : Je vous remercie tous les deux d'être venus témoigner. Ceci nous sera très utile.

Le juge Carruthers : C'était un privilège pour nous.

Le président : Sénateurs, nous arrivons maintenant à la période des témoignages individuels. Je vais demander à chaque personne qui désire témoigner de se présenter. Vous aurez deux minutes pour faire votre exposé. Je vais surveiller l'horaire car nous vous avons déjà pris du retard.

Mr. Lionel Berger, as an individual: I am a family member, a retired lawyer and vice-chair of a mental health organization. My son was first hospitalized six years ago following a manic episode.

I have a few quick comments. First, I think it is overstating the case to think of the failed civil system. The reason the criminal law system, I am going to say, sometimes is the impetus is to appreciate that a person's readiness to accept treatment may often be triggered by a crisis and not influenced by persuasion.

On the subject of stigma, I can tell you that the advice I received at the time of the first hospitalization and after was, "Do not tell people, except on a need-to-know basis." I am now a speaker at different events, and I can tell you that the mental health professionals I speak to would agree that was terrible advice. The advice should be that it is a tricky question as to who you tell. However, the suggestion of not telling people except on a need-to-know basis and loose lips sink ships — that type of advice just serves to reinforce in the parents' minds the stigma associated with mental health.

One might question the community mental health notion. You need the courage to disclose mental health issues to those you think you should, and we need the courage as a society to come forward and say it is a community mental health setting.

One of the things I learned in the recovery series that I recently attended after five and a half years was the importance of accepting the individual with the mental health issue as an individual, not as someone who needs to take their medication — that is a very narrow focus. The broader focus is important — accepting the person as an individual has a lot of ramifications.

I hear all sorts of comments. The angst of parents and mental health professionals is understandable. You look for solutions, the same way Job wanted to suffer without getting answers, just having people to sit with him and listen. I would caution you about naive or overstating cases because you want solutions. Sometimes there are not simple solutions to complex problems. As I said, sometimes it is a crisis that influences the motivation of someone to accept treatment.

Mr. Don Weitz, as an individual: How much time do I have, senator?

The Chairman: Two minutes.

Mr. Weitz: You have a copy of my brief of my submission titled "A wakeup call on electroshock."

The Chairman: Yes, we do. It has been distributed.

Mr. Weitz: I will have to get to the recommendations, because no one told me how much time I had.

I am asking the committee to recommend a national ban on the use of electroshock, otherwise called electroconvulsive therapy, by psychiatrists. The reason is that this so-called treatment has

M. Lionel Berger, à titre personnel : J'ai une famille, je suis avocat à la retraite et je suis président d'une organisation de santé mentale. Mon fils a été hospitalisé il y a six ans suite à un épisode maniaco-dépressif.

Je voudrais faire quelques remarques. Tout d'abord, je pense qu'on exagère quand on parle de l'échec du système civil. La raison pour laquelle le système de justice pénale entre parfois en scène est que l'acceptation du traitement par l'individu dépend souvent d'une crise et non pas de la persuasion.

En ce qui concerne la stigmatisation, je vais vous donner le conseil que j'ai reçu au moment de la première hospitalisation : « N'en parlez strictement à personne, sauf si c'est vraiment indispensable. » J'ai maintenant l'occasion de faire des allocutions en public et je peux vous dire que les spécialistes de la santé mentale à qui je parle estiment que c'était un conseil catastrophique. Ce qu'il aurait fallu dire, c'est que c'est une question difficile et que ça dépend de la personne à qui on en parle. L'idée qu'il faut n'en parler à personne sauf si c'est vraiment indispensable — ce genre de conseil ne fait que renforcer la stigmatisation de la santé mentale dans l'esprit des parents.

On peut se poser des questions sur la notion de santé mentale communautaire. Il faut avoir le courage, individuellement, de révéler l'existence d'un problème de santé mentale et avoir le courage, collectivement, de dire que c'est une question qui relève de la communauté.

L'une des choses que j'ai apprises dans une récente série sur la réadaptation à laquelle j'ai assisté, cinq ans et demi après, est qu'il est important de reconnaître que l'individu qui souffre d'un problème de santé mentale est un individu, pas seulement quelqu'un qui a besoin de prendre des médicaments — ce serait trop limité. Il faut adopter une perspective plus large — l'acceptation de l'individu en tant que tel a beaucoup de conséquences.

J'entends toutes sortes de commentaires. L'angoisse des parents et des professionnels de la santé mentale est compréhensible. On cherche des solutions, de la même manière que Job voulait souffrir sans avoir de réponse, voulait seulement qu'on l'écoute. Il faut éviter d'être naïf ou d'exagérer les problèmes simplement parce qu'on cherche des solutions. Parfois, il n'y a pas de solutions simples à des problèmes complexes. Parfois, c'est une crise qui amène quelqu'un à accepter le traitement.

M. Don Weitz, à titre personnel : J'ai combien de temps, sénateur?

Le président : Deux minutes.

M. Weitz : Vous avez reçu un exemplaire de mon mémoire, intitulé « A wakeup call on electroshock ».

Le président : Oui, il a été distribué.

M. Weitz : Je vais passer tout de suite aux recommandations parce que personne ne m'avait dit combien j'aurais de temps.

Je demande au comité de recommander l'interdiction nationale des électrochocs, ou de ce qu'on appelle l'électroconvulsothérapie, par les psychiatres. En effet, ce soi-disant traitement a provoqué

caused a virtual epidemic of brain damage, including permanent memory loss, which has been thoroughly and responsibly documented for many years, almost since electroshock began in Canada in the 1940s. This is a so-called treatment for depression. It does not cure anything. It terrorizes. It traumatizes. There have been at least 411 recorded deaths in the English-language literature from the so-called safe, effective and life-saving treatment. Hence, I am asking the committee to at least recommend that, or a moratorium pending further research — which, by the way, the board of health recommended for the province of Ontario in 1984 when we gave testimony, but, unfortunately, the Toronto Board of Health has no power.

My second recommendation is that there be a mandatory reporting law or regulation regarding electroconvulsive therapy or electroshock. At the moment, there is none in any province or nationally. Hence, it is discretionary. Hospitals do not have to report to a central data bank every time they give shock, nor do they have to report the medical complications from this at least so-called controversial procedure.

My final recommendation is that you are invited to public hearings on psychiatric drugs on April 2 and 3 in Toronto's City Hall and the following week on April 9 and 10 on electroshock. During these hearings, we have a first-rate professional panel, which will act as facilitators, not speakers. The only people that will be allowed to speak and give personal testimony will be those who are currently on psychiatric drugs or have prescribed them or those who have experienced electric shock.

I wish I had more time.

The Chairman: We will read the rest of your belief — we will.

Mr. Weitz: You have a copy of the flyer, right, announcing it?

The Chairman: Yes, we do. Thank you.

Ms. Lembi Buchanan, as an individual: Good afternoon. I am going to try to be as brief as possible; I have a copy of my written notes for distribution.

Individuals with mental illnesses not only face discrimination in the workplace, but they have a great difficulty accessing income security programs when they are no longer able to work. I am talking about federal disability tax credit, Canada pension disability and also long-term disability from private insurers. I have had to fight for every benefit my husband, Jim, has been entitled to. It is taken more than 10 years. We are going to have to start all over again next year, but you can read about that.

We were forced into court by the Canada Revenue Agency to secure the federal disability tax credit. His case was heard both in the Tax Court and also in the Federal Court of Appeal because CRA decided to have a judicial review. The decision in the Tax Court was upheld.

une quasi épidémie de dommages cérébraux, comme la perte de mémoire permanente, depuis son introduction au Canada dans les années 1940. Ce soi-disant traitement de la dépression ne traite rien du tout. Il terrorise. Il traumatise. Il y a dans la littérature anglophone au moins 411 cas de morts causées par ce traitement soi-disant sûr, efficace et qui sauve la vie. Je demande donc au comité de recommander au minimum un moratoire en attendant des recherches complémentaires — lesquelles ont d'ailleurs été recommandées par le Board of Health en Ontario en 1984 quand nous avons témoigné mais, malheureusement, le Toronto Board of Health n'a aucun pouvoir.

Ma deuxième recommandation est que l'on adopte une loi ou un règlement obligeant à produire des rapports sur l'électroconvulsothérapie et les électrochocs. À l'heure actuelle, il n'y a aucune loi à ce sujet au palier provincial ou national. C'est totalement facultatif. Les hôpitaux ne sont pas obligés d'envoyer un rapport à une banque de données centrale quand ils infligent des électrochocs ni quand il y a des complications médicales suite à cette procédure controversée.

Ma dernière recommandation est de vous inviter à des audiences publiques sur les médicaments psychiatriques les 2 et 3 avril à la mairie de Toronto, ainsi que la semaine suivante, les 9 et 10 avril, sur les électrochocs. Durant ces audiences, nous aurons un groupe de professionnels de premier ordre qui joueront le rôle d'animateurs. Ce ne seront pas des conférenciers. Les seules personnes qui seront autorisées à prendre la parole et à présenter des témoignages seront des personnes qui prennent actuellement des médicaments psychiatriques ou à qui on en a prescrit, ainsi que des personnes qui ont subi des électrochocs.

J'aurais bien aimé avoir plus de temps.

Le président : Nous lirons la suite de votre mémoire, soyez-en sûr.

Mr. Weitz : Vous avez le dépliant annonçant les audiences?

Le président : Oui, merci.

Mme Lembi Buchanan, à titre personnel : Bon après-midi. Je serai aussi brève que possible. J'ai un exemplaire de mes notes, que l'on peut distribuer.

Les personnes souffrant de trouble mental non seulement font face à de la discrimination au travail, elles ont aussi de grandes difficultés à avoir accès aux programmes de sécurité du revenu quand elles n'ont plus d'emploi. Je parle ici du crédit d'impôt fédéral pour invalidité, de la pension d'invalidité du Canada et aussi des prestations d'assurance-invalidité de longue durée des compagnies d'assurances privées. J'ai dû me battre pour obtenir les prestations auxquelles mon mari, Jim, avait droit. Ça m'a pris 10 ans. Nous allons devoir tout recommencer l'an prochain mais vous vous pourrez lire ce que j'ai préparé à ce sujet.

L'Agence du revenu du Canada nous a obligés à aller en justice pour obtenir le crédit d'impôt fédéral pour invalidité. La cause est passée devant la Cour de l'impôt ainsi que devant la Cour d'appel fédérale parce que l'ARC avait décidé qu'elle voulait une révision judiciaire. La décision de la Cour de l'impôt a été confirmée.

We had to fight for the long-term disability insurance — and that was another long battle as well, fighting Prudential.

However, I do want to say that we could never have anticipated that fighting government was actually going to be tougher than fighting a private insurer.

Jim is a very intelligent, creative and resourceful individual. He also suffers from bipolar disorder, which was first diagnosed in 1973 after he was discovered on top of St. Patrick's Cathedral in New York City, where we lived at the time, waiting for a helicopter to take him to God. Thanks to a new wonder drug, lithium carbonate, which is nothing more than a common salt, Jim eventually recovered. However, Jim lost his job with the New York Telephone —

The Chairman: Instead of giving us the long history, can you get to what you are recommending?

Ms. Buchanan: I just want to say that he lost his job with New York Telephone. In fact, every time he has had a major manic episode, which has been in New York, Los Angeles and Toronto, he has lost his job because of a fundamental lack of understanding of the mental illness and a lack of interest of employers trying to integrate these individuals with a serious mental illness back into the workforce.

I will go right to my recommendations. We need to recognize that persons with mental illnesses are amongst the most vulnerable members of our society and ensure that they are treated fairly, justly and with respect and dignity. Very few of them have advocates. We need to recognize that there is a fundamental lack of understanding in our society of the disabling impacts of psychiatric disorders and promote improved education within government — and you have heard that over and over again — as well as private industry, to ensure that these persons are not discriminated against because of misinterpretation of legislation or using inappropriate guidelines to determine eligibility.

As well, we need to recognize that most persons with serious mental illnesses are unable to advocate on their own behalf, to protest an injustice, and appoint an ombudsman to assist them to access income security programs. I have only been talking about federal ones, except for the LTD that they are entitled to.

One final thing. Both my husband and I are alive today because of the extraordinary medical services we have been able to access in this province since 1990. I have been diagnosed with terminal cancer. He has obviously a chronic illness and is subject to relapses, but I do not think that we could live anywhere in the world — we have lived in the U.S. — where we would have a publicly funded medical care service that would take care of us the way we have.

I agree with Dr. Malla who said that, for all the problems we have, and they are legion, we are still very thankful for what we have.

Nous avons dû nous battre pour obtenir l'assurance-invalidité de longue durée — encore une fois, la bataille a été longue contre Prudential.

Je tiens cependant à dire que nous n'aurions jamais imaginé qu'il serait plus difficile de se battre contre le gouvernement que contre une compagnie d'assurances privées.

Jim est une personne très intelligente, active et pleine de ressources. Il souffre de trouble bipolaire, dont le diagnostic a été établi en 1973 quand on l'a découvert en haut de la cathédrale St. Patrick à New York, où nous vivions à l'époque, attendant qu'un hélicoptère vienne pour l'emmener auprès de Dieu. Grâce à une nouvelle drogue merveilleuse, le carbonate de lithium, qui n'est rien de plus que du sel ordinaire, Jim a réussi à guérir. Toutefois, il a perdu son emploi auprès de la compagnie de téléphone de New York...

Le président : Au lieu de nous présenter un long historique, pouvez-vous nous dire ce que vous recommandez?

Mme Buchanan : Je veux seulement dire qu'il a perdu son emploi à la compagnie de téléphone de New York. En fait, chaque fois qu'il avait un épisode maniaco-dépressif, ce qui lui est arrivé à New York, à Los Angeles et à Toronto, il a perdu son emploi parce qu'on ne comprenait pas sa maladie mentale et que les employeurs n'avaient aucun désir d'intégrer à leur effectif des personnes souffrant de maladie mentale grave.

J'en arrive à mes recommandations. Il faut reconnaître que les personnes souffrant de maladies mentales sont parmi les plus vulnérables de notre société, ce qui nous oblige à veiller à ce qu'elles soient traitées justement, équitablement et avec respect et dignité. Très peu ont des porte-parole. Il est temps d'admettre qu'il y a dans notre société une incompréhension fondamentale de l'effet débilisant des troubles psychiatriques, ce qui signifie qu'il faut améliorer l'éducation au sein du gouvernement — je ne suis pas la première à le dire — ainsi que dans l'industrie privée pour veiller à ce que personne ne fasse pas l'objet de discrimination à cause d'une interprétation erronée des lois ou d'une application inappropriée des règlements déterminant l'admissibilité.

Il est temps de reconnaître aussi que la plupart des personnes souffrant de trouble mental grave sont incapables de défendre leur cause elles-mêmes et de protester contre l'injustice. Il faut donc nommer un médiateur pour les aider à avoir accès aux programmes de sécurité du revenu. Je ne parle ici que des programmes fédéraux, sauf en ce qui concerne l'ILD à laquelle elles ont droit.

Une dernière chose. Mon mari et moi-même sommes en vie aujourd'hui grâce aux services médicaux extraordinaires que nous avons pu obtenir dans la province depuis 1990. Je suis atteinte de cancer terminal. Lui-même est évidemment atteint d'une maladie chronique et il est sujet à des rechutes, mais je ne pense pas qu'il y ait un seul autre pays au monde — nous avons vécu aux États-Unis — avec un système de soins de santé financé par l'État qui aurait pu nous donner les soins que nous avons obtenus ici.

Je suis d'accord avec M. Malla, qui a dit que, malgré tous les problèmes que nous avons, et ils sont légion, nous sommes quand même heureux de ce que nous avons.

Ms. Sandra Schwartz, as an individual: My name is Sandra Schwartz and I am a consumer survivor. My big issue with mental health is that there are a lot of people with dual diagnosis, which is what I have — that is, mental health issues and a learning disability.

All across Toronto, I have been frustrated, because I had a lot of problems with first being diagnosed. I was not diagnosed until later, and I had problems in my placement and in my working situation. I have gone through all kinds of different programs, and I had to go from one program to another program because one program did not understand the LD, and another program did. I went to a program for LD, and then they turned me away because of my problem that developed around an emotional breakout problem that I had with my mental illness.

I am in another program at Progress Place, but the thing is, it is just fortunate there is somebody there who does have a bit of an understanding about learning disabilities, but it is mainly for mental illness. There should be employment support and social skills support, whatever, something specially designed for people with this dual diagnosis.

There is help for developmental problems and help for mental illness, but nothing together. The only thing good — I went through a period of homelessness — and the only thing good about having a mental illness with a learning disability was that I was able to get welfare and disability because of mental illness, not because of learning disability. They would turn me away from that.

The Chairman: Sandy, thank you for that, because we have heard comments elsewhere in the country about the dual diagnosis problem.

Ms. Julie Haubrich, as an individual: I am a community development worker, presently working for a non-profit supportive housing organization here in the City of Toronto. For the last five years, I have been working for them. I have spent about 13 years working in community development in the City of Toronto, working with homeless men and women, many with mental health issues.

I have learned a lot through that experience, from the stories people have told me and from the struggles I have seen people endure. One of the first things I know I have learned is that if you start with the label — the person has been labelled with the illness — you get nowhere. In order for change to happen, you need to address the whole person. You need to be motivated by hope, hope that there is something in your future. You have to look for the whole person, their strengths, and their strengths need to be recognized and valued.

I would like to take you on a short little journey with me. I would like you to consider what it would be like for yourself, and maybe some of you are in this situation, to be labelled with a mental illness and also possibly consider what it would feel like to suffer either from depression or from some of the symptoms that

Mme Sandra Schwartz, témoignage à titre personnel : Je m'appelle Sandra Schwartz et je suis une consommatrice survivante. Mon principal problème avec la santé mentale est qu'il y a beaucoup de gens qui, comme moi, ont fait l'objet d'un double diagnostic — c'est-à-dire de santé mentale et de difficultés d'apprentissage.

J'ai rencontré beaucoup de problèmes à Toronto, ne serait-ce que pour obtenir un diagnostic. J'ai été diagnostiquée à l'âge adulte, alors que j'avais des problèmes à trouver du travail. J'ai participé à des programmes différents, et j'ai dû passer de l'un à l'autre parce que personne ne comprenait la notion de difficultés d'apprentissage. Je me suis adressée à programme sur les difficultés d'apprentissage et on ne m'a pas acceptée à cause mon problème qui s'était développé dans le cadre d'une crise émotionnelle résultant de ma maladie mentale.

Je participe maintenant à un autre programme à Progress Place mais c'est parce que j'ai la chance qu'il y a là quelqu'un qui comprend les difficultés d'apprentissage car c'est un programme pour les personnes souffrant de maladie mentale. Il devrait y avoir des programmes de soutien à l'emploi et de soutien des compétences sociales spécialement conçus pour les personnes ayant ce double diagnostic.

On peut trouver de l'aide pour les problèmes de développement et de l'aide pour la maladie mentale mais il n'y a rien qui conjugue les deux. La seule bonne chose — il y a eu une période où j'étais sans abri — quand on a une maladie mentale conjuguée à des difficultés d'apprentissage, c'est que j'ai pu obtenir du bien-être social et des prestations d'invalidité à cause de la maladie mentale, pas à cause des difficultés d'apprentissage. Si c'était pour ça, on aurait refusé.

Le président : Sandy, merci de votre témoignage car nous avons entendu d'autres témoins, dans d'autres régions, nous parler des problèmes de double diagnostic.

Mme Julie Haubrich, à titre personnel : Je suis une travailleuse de développement communautaire qui travaille actuellement pour une organisation à but non lucratif d'aide au logement à la municipalité de Toronto. Je travaille pour cette organisation depuis cinq ans. J'ai travaillé pendant 13 ans dans le secteur du développement communautaire à la municipalité de Toronto pour des hommes et des femmes sans abri, dont beaucoup souffraient de troubles mentaux.

J'ai beaucoup appris durant ces années en écoutant les gens me parler de leur vie et de leurs difficultés. L'une des premières choses que j'ai apprises, c'est que, quand on commence avec l'étiquette — l'étiquette apposée sur la personne qui est malade — on ne peut pas s'en sortir. Pour que les choses changent, il faut s'intéresser à la personne au complet. Il faut être motivé par l'espoir, l'espoir qu'on a un avenir. Il faut tenir compte de la personne dans son être complet, de ses forces et de ses qualités, en reconnaissant qu'elles ont une valeur.

J'aimerais vous faire faire un petit voyage. Je voudrais que vous vous demandiez ce que serait votre vie — et certains d'entre vous êtes peut-être dans cette situation — si vous étiez étiqueté comme personne ayant une maladie mentale, et que vous vous demandiez ce que c'est que souffrir de dépression et des

people with the different illnesses endure. Next, I would like you to think about what it would be like if some of your family members could not cope with you, were not there, could not do the journey with you as you were struggling with your illness, struggling with your symptoms, and sort of watch them drift away.

Then I would like you to consider what your world would be like if you lost your job, because of that illness. Consider what it would be like if you could not keep your work because the stresses were too much or your employer did not understand you, and you lost your income. Finally, without income, where do you live? Consider what it would be like if tonight you had no place to go, you did not have a credit card, your cabin does not exist, you cannot go there. Your car might have been long gone.

I just want people to know that these are often the stories I hear from folks who suffer from a mental illness. Sometimes, their journey starts when they are young, and they never get into the workforce. They never lose a job because they never got one to begin with; others times, they cannot re-enter workforce.

I know that federal jurisdiction does not cover housing, but I think it should. We have a country where people need to be housed. From my work perspective, when people get the opportunity to get back on their feet with housing, with work opportunities, where they are valued — even Mickey Mouse jobs are good, but you need more opportunities.

I hope your jurisdiction will go beyond.

The Chairman: We will not stay stuck with just the federal jurisdiction.

Ms. Haubrich: I think all those things have to be considered, the whole person.

Ms. Morra Stewart, as an individual: My name is Morra Stewart and I am a consumer survivor. I just want to say that I am really behind putting money behind community centres. It is not an option. Either you are in the hospital, in a bed, with doctors and nurses, or you are nowhere. The money that was — as you said, there was deinstitutionalization. Well, all that money should really go into the community, because most psychiatric patients would rather live in the community anyway.

That is my big point.

The Chairman: Thank you very much.

Mr. Weitz: Excuse me. I forgot to identify myself.

The Chairman: No, I got your name.

Mr. Weitz: Well, for the record, my name is Don Weitz. It is very important that psychiatric survivors be recognized and identified accurately. I am a shock survivor as well.

symptômes dont souffrent ces personnes ayant différentes maladies. Je voudrais ensuite vous demander de réfléchir à ce que serait votre vie si des membres de votre famille ne pouvaient pas s'occuper de vous, n'étaient pas là, ne pouvaient pas vous accompagner dans votre lutte contre la maladie, dans votre lutte contre les symptômes, et vous voyaient simplement dépérir.

Demandez-vous ensuite ce que deviendrait votre monde si vous perdiez votre emploi à cause de cette maladie. Demandez-vous ce que serait votre vie si vous ne pourriez pas conserver votre emploi à cause de vos difficultés parce que votre employeur ne les comprend pas, et que vous perdiez votre revenu. Finalement, sans revenu, où iriez-vous vivre? Demandez-vous ce que vous feriez ce soir si vous n'aviez pas de logement, pas de carte de crédit, nulle part où aller. Et il y a évidemment longtemps déjà que vous n'auriez plus de voiture.

Je veux simplement que vous sachiez que ce sont là les histoires que nous racontent souvent les gens qui souffrent de maladie mentale. Parfois, cela a commencé dans leur jeunesse et ils n'ont donc jamais occupé un emploi. Ils n'en ont jamais perdu puisqu'ils n'en ont jamais eu. Parfois, ils l'ont perdu et n'ont jamais pu en trouver un autre.

Je sais que le logement ne relève pas des compétences fédérales et je pense que c'est une erreur. Nous sommes dans un pays où des gens ont besoin de logements. J'ai vu dans mon travail des gens qui ont pu se remettre sur pied parce qu'ils ont obtenu un logement, ou un emploi, quelque chose qui leur a donné de la valeur — même des petits emplois sans importance peuvent être une planche de salut.

J'espère que vous tiendrez compte de tout ça.

Le président : Nous ne serons pas limités au domaine fédéral.

Mme Haubrich : Je pense qu'il faut tenir compte tout ça, de la personne complète.

Mme Morra Stewart, à titre personnel : Je m'appelle Morra Stewart et je suis une consommatrice survivante. Je veux simplement dire que je suis vraiment très favorable à ce qu'on donne plus d'argent aux centres communautaires. On n'a pas le choix. Ou en est à l'hôpital, dans un lit, avec des médecins et des infirmières, ou on n'est nulle part. L'argent qui était — comme vous l'avez dit, il y a eu la désinstitutionnalisation. Eh bien, cet argent devrait aller à la communauté parce que la plupart des patients psychiatriques préfèrent de toute façon vivre dans leur communauté.

Voilà ce que je voulais dire.

Le président : Merci beaucoup.

M. Weitz : Veuillez m'excuser, j'ai oublié de me présenter.

Le président : Non, j'ai votre nom.

M. Weitz : Pour le procès-verbal, je m'appelle Don Weitz. Il est très important que les survivants psychiatriques soient reconnus et identifiés correctement. Je suis également un survivant des électrochocs.

The Chairman: May I thank all of you for attending here today.
It has been very informative.

The committee adjourned.

Le président : Je vous remercie tous et toutes d'être venus
aujourd'hui. La séance était très intéressante.

La séance est levée.

Wednesday, February 16, 2005 — afternoon session

Individuals:

Rona Maynard, Former Editor-in-Chief, *Chatelaine*;

Scott Simmie, Journalist, *Toronto Star*;

Louise Elliot, Journalist, CBC Radio.

Douglas Research Hospital:

Dr. Ashok Malla, Head of Research.

Individuals:

Phyllis Grant-Parker;

Tara Marttinen

Individuals:

Honourable Richard Schneider, Judge;

Honourable Douglas Carruthers, Judge.

Talk-Ins:

Lionel Berger;

Don Weitz;

Lembi Buchanan;

Julie Haubrich;

Morra Stewart;

Sandra Schwartz.

Le mercredi 16 février 2005 — séance de l'après-midi

À titre personnel:

Rona Maynard, ancienne directrice en chef, *Chatelaine*;

Scott Simmie, journaliste, *Toronto Star*;

Louise Elliot, journaliste, radio de Radio-Canada (CBC).

Hôpital de recherche Douglas:

Le Dr Ashok Malla, directeur de la recherche.

À titre personnel:

Phyllis Grant-Parker;

Tara Marttinen.

À titre personnel:

L'honorable Richard Schneider, juge;

L'honorable Douglas Carruthers, juge.

Tribune ouverte:

Lionel Berger;

Don Weitz;

Lembi Buchanan;

Julie Haubrich;

Morra Stewart;

Sandra Schwartz.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Wednesday, February 16, 2005 — morning session

Moose Jaw Police Service:

Terry G. Coleman, Chief of Police Service & Co-Chair of the
Canadian National Committee for Police/Mental Health
Liaison.

Royal Newfoundland Constabulary:

Sean Ryan, Inspector.

Montreal Police Service:

Michael Arruda, Agent and Counsellor, Actions Strategies with the
Community, Mental Health and Intellectual Disabilities.

Empowerment Council:

Randy Pritchard.

Canadian Association of Elizabeth Fry Societies:

Kim Pate, Executive Director.

Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison:

Dr. Dorothy Cotton, Co-Chair, Psychologist.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mercredi 16 février 2005 — séance de l'avant-midi

Service de police de Moose Jaw:

Terry G. Coleman, chef du service de police et coprésident du
Canadian National Committee for Police/Mental Health
Liaison.

Royal Newfoundland Constabulary:

Sean Ryan, inspecteur.

Service de police de la Ville de Montréal:

Michael Arruda, agent conseiller, Section des stratégies d'actions
avec la communauté, dossier santé mentale et déficience
intellectuelle.

Empowerment Council:

Randy Pritchard.

Association Canadienne des Sociétés Elizabeth Fry:

Kim Pate, directrice exécutive.

Canadian National Committee for Police/Mental Health Liaison:

La Dre Dorothy Cotton, coprésidente, psychologue.

(Suite à la page précédente)



